

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No
579

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

GENTON (Michel)

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DE L'ŒUF CLAIR

(ŒUF AFŒTAL)

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { MM. DELBET, professeur.
VARNIER et BONNAIRE, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

579

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

GENTON (Michel)

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

DE L'ŒUF CLAIR
(ŒUF AFËTAL)

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { MM. DELBET, professeur.
VARNIER et BONNAIRE, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHTER.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DU VAL.
Matière médicale et Pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.		
		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique ophtalmologique.		LE DENTU.
Clinique des voies urinaires.		TILLAUX.
Clinique d'accouchements.		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARBIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale.
Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR GABRIEL LEPAGE

Professeur agrégé de la Faculté.
Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié.

Au début de ce travail, nous avons à cœur de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont acquis des droits à notre reconnaissance.

M. le professeur Pinard a bien voulu nous autoriser à consulter les archives de la clinique Baudelocque et nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

M. le D^r Lepage nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et le plus grand empressement à nous aider de ses conseils et à nous accorder son appui. Son enseignement, résumé des difficultés rencontrées journellement dans la pratique des accouchements, nous sera d'une très grande utilité. Nous prions notre Maître de vouloir bien agréer l'expression de notre très vive gratitude et l'assurance de notre profond attachement.

M. le D^r Faisans, médecin de la Pitié, s'est montré particulièrement bienveillant pour nous, durant notre stage dans son service et en d'autres circonstances. Nous lui en exprimons ici notre plus vive reconnaissance.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à M. Croisier, interne des Hôpitaux, notre ancien élève devenu un ami sincère et un conseiller dévoué, et sommes reconnaissant à M. Maygrier d'avoir bien voulu nous autoriser à publier les observations, nous intéressant, relevées sur les registres de la Pitié, pendant la durée de son séjour comme accoucheur de l'hôpital.

M. Sanvoisin, inspecteur primaire, n'a cessé de nous donner des preuves de sa bonté et de son affection, nous sommes heureux de l'en remercier publiquement.

Que M. Goulin, professeur agrégé de mathématiques spéciales au lycée Condorcet, veuille bien nous permettre de lui renouveler l'expression de notre vive gratitude pour toutes les marques de sympathie qu'il a bien voulu donner à son élève.

Répétiteur depuis de nombreuses années, nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements à M. Joubin, officier de la Légion d'honneur, Inspecteur d'Académie honoraire, qui s'est toujours montré bienveillant et plein de sollicitude pour nous. Nous n'oublions pas ni sa bonté, ni l'appui qu'il a bien voulu nous donner en des circonstances pénibles et difficiles. Nous prions M Chapuis, proviseur honoraire, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance que nous avons toujours rencontrée auprès de ce chef estimé.

Quant à vous, chers collègues, qui nous avez donné de si nombreux témoignages de sympathie et d'estime, et auprès de qui nous avons toujours trouvé le plus grand empressement pour nous permettre de mener à bien nos études, nous vous disons merci ! du fond du cœur et vous prions de croire à notre inaltérable dévouement.

INTRODUCTION

C'est sur les conseils du Docteur Lepage, que nous avons entrepris une étude synthétique de l'œuf clair.

Jusqu'ici les accoucheurs français, et même étrangers, ne paraissent pas s'être occupés particulièrement de la question.

Nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble sur ce sujet.

Les observations relevées dans les registres de la Pitié, durant la période 1886-1897, au nombre de six, ne renferment aucune indication particulière en dehors de celles mentionnées pour un avortement ordinaire ; celles, recueillies dans les archives de la clinique Baudelocque, que M. le Professeur Pinard a bien voulu nous autoriser à consulter, n'indiquent pas non plus que l'étude de l'œuf clair ait appelé particulièrement l'attention des observateurs. Pendant la période 1889-1898, nous n'avons relevé que six cas.

Nous croyons cependant que les œufs clairs ne sont pas très rares, mais l'expulsion de ces produits se faisant en général spontanément, sans complications, les femmes ne viennent pas dans les services hospitaliers. D'ailleurs il se pourrait aussi que plusieurs œufs entiers, non examinés, ne soient autre chose que des œufs clairs.

Il est un point de pratique important à élucider, c'est de savoir si une femme, qui a expulsé un ou plusieurs œufs clairs, peut mener à bien une grossesse ultérieure.

Nous le pensons, mais nous ne pouvons présenter à l'appui de notre hypothèse, que trois observations et aucune citation des classiques. Nous nous contentons d'éveiller l'attention sur ce point. Il appartient aux praticiens qui peuvent suivre les femmes, lors de leurs différentes grossesses, de publier des observations infirmant ou confirmant cette hypothèse.

La question nous paraît intéressante et mériter qu'on s'en occupe.

Nous avons adopté pour notre travail l'ordre suivant :

CHAP. I. — Définition et description de l'œuf clair.

CHAP. II. — Historique.

CHAP. III. — Notions sur la formation et le développement de l'embryon, principalement de ses membranes.

CHAP. IV. — Causes de la mort de l'embryon que nous divisons en causes efficientes et causes déterminantes.

CHAP. V. — Nous essayons de montrer comment l'embryon se résorbe, quelles sont les transformations qui président à cette résorption.

CHAP. VI. — Nous recherchons les phénomènes qui préparent l'expulsion et qui la produisent.

CHAP. VII. — Diagnostic.

CHAP. VIII. — Pronostic.

CHAP. IX. — Traitement et divers modes d'interventions employés par les accoucheurs.

CHAPITRE PREMIER

Définition

On donne le nom « *d'œuf clair* » chez les Mammifères, à tout œuf dans lequel on ne trouve plus trace d'embryon.

Ces produits, expulsés de la matrice, ressemblent tout d'abord à un caillot sanguin ; débarrassés du sang qui les entoure, ils représentent une masse mollassse, charnue, ayant une forme ovoïde (forme de la cavité utérine). Leur surface, rose en certains points, grisâtre en d'autres, est tomenteuse ; la membrane externe (caduque) est souvent déchirée, et laisse apercevoir alors les villosités du chorion. Leur volume varie de la grosseur d'une noix à celle du poing.

Si on incise les parois de cet œuf on trouve de dehors en dedans :

Une première membrane qui est la caduque, reconnaissable assez facilement à ses nombreux orifices provenant, de ceux des glandes hypertrophiées, et des vaisseaux sanguins déchirés qui la pénétraient, on l'a comparée souvent à la peau du menton rasé (Blot) ; au-dessous on trouve une deuxième membrane, le *chorion*, plus ou moins adhérente à la face interne de la précédente, et sur tout ou partie de cette surface. Le chorion se distingue facilement par ses villosités qui, examinées sous l'eau, flottent en offrant un aspect caractéristique. A la face interne du chorion se trouve une troisième

membrane *l'amnios*, que l'on détache très facilement de la précédente, quelquefois même quand les œufs sont peu développés il existe entre ces deux membranes un espace sensible occupé par ce que l'on appelle le magma réticulé de Velpeau.

En incisant l'amnios, on trouve une cavité contenant un liquide quelquefois clair et citrin, mais le plus souvent épais, louche, ressemblant à une dissolution gommeuse, une émulsion graisseuse. Ce liquide, traité par l'éther, redevient limpide ; c'est le liquide amniotique modifié.

Aucune trace d'embryon à l'intérieur de cette cavité. Parfois on trouve quelques filaments, vestiges du cordon. On aperçoit encore une vésicule blanchâtre, ayant quelques millimètres de diamètre, représentant la vésicule ombilicale. Enfin il est des cas où on ne constate ni embryon, ni cordon, ni vésicule, ni même amnios.

Il peut se faire que pendant son passage à travers le col utérin, l'œuf, violemment comprimé par les contractions utérines, se rompe. Il est alors assez difficile de faire le diagnostic rétrospectif d'œuf clair, car malgré un examen attentif des caillots expulsés, l'embryon peut passer inaperçu ; cependant l'examen de l'œuf et de ce qui peut représenter le cordon permet parfois d'affirmer qu'il s'agit bien d'un œuf clair.

La membrane externe est souvent très épaissie, surtout lorsque le placenta n'est pas encore limité. Elle est toujours altérée. Nous retrouverons dans nos observations plusieurs descriptions d'œufs clairs

CHAPITRE II

Historique

C'est Dugès (1) (1840) qui, le premier, semble s'être servi de l'expression de « *œufs clairs* » pour désigner les produits dont nous nous occupons. Montrant que l'embryon peut se dissoudre, dans l'eau de l'amnios il ajoute : « C'est là ce qu'il faut appeler un faux germe, c'est un *œuf clair*, comme on l'appelle chez les oiseaux, avec cette différence que, chez ces animaux, l'œuf clair n'a jamais été fécondé. » Et ainsi, dès l'origine une confusion regrettable, signalée par Dugès lui-même, peut se faire dans cette dénomination d'œuf clair. Nous verrons en effet, combien vives et prolongées ont été les discussions entre les auteurs anciens pour arriver à admettre que ces produits, expulsés par la matrice de la femme, exigeaient le concours des deux sexes.

Vers la même époque, Stoltz éprouvait aussi le besoin de donner un nom à cet œuf ne renfermant plus d'embryon : il le nommait « *œuf afœtal* » et en donnait une définition très complète. Cette dénomination de « afœtal » nous paraît plus heureuse que la précédente cependant elle n'a pas été adoptée, car nous ne l'avons retrouvée employée que par Kœberlé son élève.

« Les auteurs anciens confondaient ces produits expulsés par la matrice, et dans lesquels on ne retrou-

(1) DUGÈS. *Manuel des accouchements*, 1840, page 277.

vait plus trace de germe, parmi ce qu'ils nommaient *môles*, *faux germes*. Aristote, Hippocrate et Galien attribuent ces masses de chair informe et inerte, formées dans la matrice, à une conception imparfaite, mais ils admettent le concours de l'homme pour leur production. Après eux, les Arabes entendent par môles toutes les tumeurs développées dans la cavité ou l'épaisseur des parois de la matrice. La confusion des idées attachée à ce mot, s'est perpétuée dans les écrits des médecins qui viennent après eux depuis, et a enfanté parmi eux d'interminables discussions sur la question de savoir si une vierge peut enfanter une môle » (Desormeaux (1) Aetius la confond avec des polypes utérins. Fabrice de Hilden, Ambroise Paré, etc, avec des hydatides et pour tous ces auteurs elle peut se produire sans le concours de l'homme « Avicenne, Fernel, Viardel, Peu, etc., partagent cette erreur (Martin). Buffon écrit : Je serais fort tenté de croire que les jeunes filles peuvent faire des mâles sans avoir eu des communications avec un homme comme les poules font des œufs sans avoir vu le coq.

« C'est à Mauriceau qu'on doit la remarque judicieuse, que les faux germes ne sont que des germes réels dont l'embryon a péri et dont le placenta a séjourné dans la matrice » (Martin) (2), et Mauriceau a soin de nous montrer la distinction qu'il faut faire entre le faux germe et la Môle, « les faux germes étant ces sortes de corps étrangers que les femmes vident avant le troisième mois, mais si elles le gardent plus longtemps, ce qui arrive rarement, on les appelle môles. » Notre

(1) DESORMEAUX et DUBOIS Dict. de Médecine 1840. Art. du Œuf humain.

(2) MARTIN. *Mém. de méd. et de chirur. pratique* (1835).

observation 39 montre que le faux germe de Mauriceau correspond bien à notre œuf clair ».

A partir de ce moment le faux germe est nettement défini, sa production n'est plus guère discutée. Puzos l'appelle aussi fausse grossesse. Et Dugès (1) même, en 1833, distingue le faux germe de l'espèce humaine de ce que l'on nomme vulgairement œuf clair chez les oiseaux.

Mais Jacquemier (Manuel d'accouch. 1846) reprend cette expression d'œuf clair et la définit « lorsque la mort de l'embryon survient à une époque très rapprochée de sa formation, sa dissolution est possible; c'est cette espèce de môle qui porte le nom de faux germe si la dissolution a réellement lieu, l'expression de faux germe consacre une erreur. Il est bien vrai que dans quelques-uns, le liquide de l'amnios est parfaitement transparent et limpide et qu'on ne trouve plus, comme dans la dissolution récente de traces de l'existence de l'embryon. On conçoit, en effet, la possibilité du développement de l'œuf dans sa portion membraneuse seulement. Mais admettre avec quelques accoucheurs que les œufs clairs peuvent se développer sans conception, c'est accepter une hypothèse tout à fait gratuite et invraisemblable et montrer trop de confiance aux protestations de sincérité de filles qui ont rendu de semblables produits ».

Malgré cette définition précise, la société anatomique de Paris, très préoccupée du mode de formation de la caduque réfléchie, discute (de 1842 à 1861) plusieurs rapports (auxquels nous avons fait de nombreux emprunts) sur les œufs abortifs. Et M. Depaul qui, à une séance de 1860, proteste contre cette appellation d'œufs abor-

(1) DUGÈS. *Art. môle du dictionn de Méd et de chir prat.* 1338.

tifs, propose de dire par exemple « œuf mort dans le sein de la mère et dont l'âge n'est point en rapport avec l'âge présumé de la grossesse ». Il n'est pas question d'œuf clair.

Cà et là, on retrouve des dénominations diverses : Kœberlé en 1858 parle d'un œuf afœtal de dix semaines ; Mattei vers 1860 repousse le nom de faux germes qu'il donne à des produits existant sans fécondation et les appelle germes malades. Perroud de Lyon (1864) les nomme œufs blancs, œufs abortifs, œufs sans embryon.

Il n'est guère plus question de môles. Virchow en ayant fait une dégénérescence kystique des villosités choriales. Cependant nous voyons que Nœgelé (1880) divise les môles en trois espèces, la première étant l'œuf abortif ou faux germe, Millot (1882) distingue les môles légitimes ou vraies des fausses, et Zweifel (1886) range les œufs sans fruit parmi les môles, déclarant qu'antérieurement ces produits étaient aussi nommés « Eier Trübe » (œufs troubles).

En France, nous retrouvons l'œuf clair défini dans les traités de (Charpentier, Auvard, Tarnier et Budin, Ribemont-Dessaignes et Lepage, etc); mais les observateurs ne se servent pas de ce terme. Lempereur dans sa thèse (1867) n'en parle pas ; on publie des observations d'œufs sans embryon, de fausse couche vulvaire, de dissolution du fœtus, mais pas d'œufs clairs. Et cependant les accoucheurs les signalent dans les observations prises dans les services hospitaliers (Pinard, Maygrier, Lepage, etc).

Les auteurs étrangers ne semblent pas avoir fait choix d'un terme spécial pour désigner l'œuf clair ; on le retrouve dans les publications d'œufs abortifs et surtout de « mised abortion ».

Le « missed abortion », désignant la mort de l'embryon dans les six premiers mois de la grossesse et sa rétention dans la matrice (Auvard), est admis par la plupart des accoucheurs étrangers. En Angleterre, en Amérique, en Belgique, en Suède, même en Russie, en Suisse, en Allemagne, on trouve des cas de « missed abortion » se rapportant à l'œuf clair, nous en avons retenu quelques-uns. Les Allemands cependant se servent fréquemment du mot « abortivei » (œuf abortif).

CHAPITRE III

Notions sur le développement normal de l'embryon et surtout de ses membranes.

L'œuf, sortant de la vésicule de Graaf, est une cellule complète avec sa membrane vitelline, son protoplasma ou vitellus, son noyau ou vésicule germinative et son nucléole ou tache germinative.

Il parvient dans la trompe, et c'est généralement dans le $\frac{1}{3}$ externe de ce conduit, qu'il rencontre les spermatozoïdes. Une fois fécondé, son vitellus se segmente et forme bientôt le *blastoderme*. Celui-ci ne tarde pas à se diviser en deux feuillets : l'externe ou *ectoderme*, l'interne ou *endoderme*, ce dernier ne recouvrant qu'une partie de la face interne du premier.

Au niveau de leur adossement, apparaît un épaississement cellulaire qui marque le point où va se former l'embryon. Autour de cette tache embryonnaire, la vésicule blastodermique s'étrangle et forme deux cavités distinctes : l'une très petite, point de départ du tube digestif ; l'autre plus grande constitue la *vésicule ombilicale*. Le canal qui les relie est le canal *omphalomésentérique* ou vitellin.

Mais un feuillet moyen, le *mésoderme*, est né de l'endoderme, il s'est dédoublé sa lame externe s'accolant à l'ectoderme pour former la *somatopleure*, sa lame interne à l'ectoderme constitue la *splanchnopleure*.

La somatopleure se porte à la périphérie, doublant

la membrane vitelline sauf au niveau de l'embryon ; là, elle se replie en forme de capuchon au-dessus des portions céphalique et caudale, reste strictement appliquée sur lui, et suit son incurvation. Ces replis se rapprochent et, vers le 15^e jour, ils se rejoignent formant l'*ombilic amniotique*, puis se soudent, circonscrivant une cavité, d'abord virtuelle, qui est la cavité amniotique. Le feuillet interne de ces replis, qui tapisse la cavité, est l'*amnios* ; le feuillet externe achève l'enveloppe somatopleurique de l'œuf et constituera le 2^e chorion.

Du 18^e au 20^e jour, du liquide apparaît dans la cavité amniotique, il augmente, et refoule l'amnios vers la périphérie et finit par l'appliquer sur le chorion ; mais cette évolution ne sera complète que vers la 6^e semaine. Pendant toute cette période, l'espace existant entre le chorion et l'amnios, qui renferme la vésicule ombilicale, est rempli par un liquide albumineux, dense, traversé en tous sens par des filaments organiques ; c'est le *magma réticulé* de Velpeau, la *membrana media* de Bischoff. Durant cette évolution, l'amnios se replie sur le pédicule de la vésicule ombilicale et sur celui de l'allantoïde, de manière à les engainer et à constituer la gaine du *cordon ombilical*.

Vésicule ombilicale. — Dès la 3^e semaine, l'embryon est nettement séparé de la vésicule ombilicale ; il lui est appendu par le canal vitellin, origine du cordon. Ce pédicule, gros et court au début, s'amincit de plus en plus et s'allonge considérablement, la vésicule ombilicale s'éloigne. Cette vésicule dont les parois possèdent les premiers vaisseaux sanguins apportant à l'embryon les éléments du vitellus, est ainsi le premier organe hématopoïétique, elle renferme le vitellus et semble destinée à

la nutrition de l'œuf pendant près des deux premiers mois.

Elle atteint son développement maximum vers la 5^e semaine, puis elle s'atrophie et c'est elle que l'on trouve sous forme d'un petit corps blanchâtre, sphérique ou piriforme, entre l'amnios et le chorion placentaire dans la plupart des œufs abortifs. Quelquefois même on la distingue sur un placenta à terme.

Vésicule allantoïde. — Vers le 20^e jour de la gestation apparaît aussi la vésicule allantoïde. C'est d'abord un petit bourgeon au voisinage de la partie terminale de l'intestin postérieur qui pousse devant lui la splanchnopleure. Son développement est rapide, elle s'insinue entre l'amnios, et le chorion, refoulant la vésicule ombilicale sur l'amnios et finit par recouvrir toute la face interne du 2^e chorion. Bientôt il se soude avec lui et forme le 3^e chorion ou chorion définitif, très vasculaire. Quant au pédicule de l'allantoïde, il s'engage dans la gaine ombilicale et constitue, avec ses vaisseaux allantoïdiens, le cordon ombilical.

L'œuf fécondé arrive dans la cavité utérine vers le 10^e jour de la gestation. Il y trouve une muqueuse congestionnée, ayant ses glandes très dilatées, ses vaisseaux sanguins hyperhémisés, qui forme de nombreux plis et c'est dans l'un d'eux qu'il va se loger. Il est bientôt renfermé dans une loge ou chambre incubatrice qui n'est entièrement close que vers la fin du premier mois. Les parois latérales forment la caduque *ovulaire* ou réfléchie, la partie située entre l'utérus et l'œuf porte le nom de caduque *inter-utéro-placentaire*.

L'œuf ainsi enveloppé, perd rapidement sa membrane vitelline qui se résorbe et qui constituait le premier chorion; nous sommes au 13^e ou 14^e jour, le 2^e chorion

apparaît avec ses villosités d'abord à la région équatoriale, mais bientôt répandues sur toute la surface (15^e jour). Ces villosités sont invasculaires. L'œuf est placenta partout, le 2^e chorion sert, avec la circulation omphalo-mésentérique, à la nutrition du germe. Mais l'allantoïde apparaît, elle va porter ses vaisseaux sanguins, jusque dans les villosités, et contribuer à leur développement. Et il en est ainsi jusqu'à la 10^e semaine ; l'œuf est véritablement placenta diffus. A partir du 3^e mois, les villosités, en rapport avec la caduque réfléchie, commencent à s'atrophier, leurs vaisseaux s'oblitérent, elles se transforment en ligaments fibreux. Celles qui correspondent à la caduque inter-utéro-placentaire, au contraire, prennent un développement considérable ; elles se ramifient de plus en plus, chaque ramification contenant un capillaire, constituent ces villosités allantoïdiennes légèrement renflées à leur extrémité libre, si propres à absorber par endosmose les éléments nutritifs apportés par le sang maternel. Chacune est composée d'une gaine de tissu conjonctif contenant une artère et une veine ombilicales, anastomosées à la périphérie après s'être divisées en une quantité de branches secondaires pénétrant dans les nombreuses ramifications qui baignent dans les lacs sanguins maternels. Le placenta fœtal est ainsi constitué.

Pendant ce temps le caduque a subi d'importantes, modifications. D'abord épaissie, hypertrophiée partout, elle a suivi le développement de l'œuf, la caduque ovulaire se rapprochant de la pariétale et tendant ainsi à faire disparaître la cavité utérine. Vers la 12^e semaine, les glandes muqueuses se sont atrophiées, la trame cellulo-vasculaire s'est amincie dans cette caduque réfléchie, tandis que l'inter-utéro-placentaire continuait

à se développer considérablement. Ici les capillaires se dilatent, les lacs sanguins se forment, les glandes s'affaissent sous la pression, le placenta maternel se constitue. Il va se mettre en contiguïté avec le fœtal pour former le gâteau placentaire limité. Nous sommes au 3^e mois et les caduques ovulaire et pariétale sont en contact.

Voyons brièvement ce que devient l'embryon pendant toute cette période.

Jusqu'à la fin de la 2^e semaine de la gestation, l'embryon est représenté par un simple amas cellulaire.

Du 14^e au 16^e jour il se dessine, l'amnios se forme et l'enveloppe strictement, la vésicule ombilicale apparaît ainsi que le cœur qui a la forme d'un cylindre oblong. L'embryon mesure 2 mill. environ, l'œuf de 5 à 13.

Du 16^e au 21^e jour, la première circulation s'établit, la vésicule ombilicale a de 2 à 3 millimètres;

Pendant la 4^e semaine les dimensions augmentent rapidement : œuf de 15 à 25 millimètres, embryon 4 à 8. Le canal vitellin est large et court. Durant la 5^e semaine des points d'ossification apparaissent dans la clavicule et le maxillaire inférieur ; apparition des segments des membres, première ébauche de la main et du pied. Le placenta commence à se dessiner. Augmentation notable du liquide amniotique. L'œuf a la grosseur d'un œuf de pigeon.

De 6 à 8 semaines le pavillon de l'oreille devient reconnaissable ; les divisions des doigts sont indiquées. La vésicule ombilicale, petit corps blanchâtre, s'atrophie. Les quatre compartiments du cœur sont bien accusés, l'embryon a de 13 à 14 millimètres (His.). Le foie est énorme et très vasculaire.

Au milieu du 2^e mois, l'embryon prend la forme

humaine, les doigts se séparent, long 15 mm. 5 (His.). Des points d'ossification paraissent dans les os du thorax.

Vers la fin du 2^e mois, l'œuf est de la grosseur d'un œuf de poule, l'embryon a 24 millimètres, la tête représente le 1/3 du corps, les yeux sont saillants, le nez fait une saillie obtuse. Points d'ossification dans les os de la tête ; formation du péricarde.

Enfin pendant le 3^e mois, le placenta se dessine ; l'embryon dans sa configuration extérieure présente sa forme définitive ; on distingue l'épiderme, les ongles, les poils. Sa longueur mesure de 3 à 7 centimètres. Il devient fœtus et on peut distinguer son sexe.

CHAPITRE IV

Causes déterminant la mort du fœtus,

Nous les diviserons en causes efficientes et causes déterminantes.

1° Causes efficientes. — Un fait frappe dans la lecture des observations où l'examen de l'œuf clair expulsé a été fait. C'est qu'à peu près toutes relatent la présence d'hémorrhagies plus ou moins anciennes, plus ou moins étendues, et la plupart signalent les altérations de la caduque.

Le point délicat est de distinguer les lésions qui ont amené la mort de l'embryon de celles qui l'ont suivie. Nous verrons que les hémorrhagies sont considérées comme étant la cause initiale de la mort.

Hégar (1) en 1863, dans son étude sur la pathologie de l'abortive (œuf abortif), s'étend longuement sur ces hémorrhagies qu'il montre pouvant se trouver un peu partout, mais provenant surtout de la caduque sérotine et de la reflexa (caduque ovulaire). Il cite plusieurs observations où l'embryon a disparu.

Martin Saint-Ange (2) en 1884, écrit : la membrane caduque est toujours altérée sur des produits avortés, elle a des nuances bien tranchées. Cette donnée ana-

(1) Monatsschrift für Geburtkunde 1863 Supp. 1 à 67.

(2) Martin Saint-Ange Iconographie, pathol. de l'œuf fécondé 1884.

tomo-pathologique a une très grande valeur, puisqu'elle se rapporte à des états divers d'une même maladie, lesquels deviendront le point de départ d'évolutions anormales de l'œuf et de son produit, en même temps que la principale, si ce n'est l'unique cause de l'avortement ». Et toutes les discussions, soulevées par l'examen de ces œufs, tendent à attribuer la mort de l'embryon à ces épanchements décrits soit dans la caduque inter-utéro-placentaire, soit entre la caduque ovulaire et le chorion, soit même, mais bien rarement, en une autre partie de l'œuf.

Nous avons vu le rôle considérable joué par la caduque qui s'hypertrophie, se ramollit et se vascularise dans les deux premiers mois de la grossesse « Cette membrane peut donc se congestionner à des degrés divers, soit par suite d'un état fluxionnaire, soit encore par la simple stase du sang dans ses vaisseaux, accompagnée ou non d'épanchements sanguins divers, et devenir, en tuant le germe, la cause provocatrice de l'avortement. » (Martin Saint-Ange).

Où se font ces hémorrhagies ? D'où proviennent-elles ?

Les extravasations sanguines se font généralement sur la face utérine de la caduque utéro-placentaire, « mais si elles sont abondantes, cette membrane peut être traversée et le sang s'infiltrer entre les deux caduques. L'hémorrhagie peut se faire aussi entre la caduque réfléchie et le chorion, soit par le fait d'une hémorrhagie placentaire qui s'effectue au niveau de la face externe du chorion et qui dissèque la caduque réfléchie » (Thompson Lusk). Cazeaux les place entre le chorion et la caduque ; Zweifel suppose qu'elles ont lieu au point de réflexion de la caduque, pouvant pé-

nétrer entre le chorion et la caduque, et arriver, mais très rarement, dans la cavité utérine.

En général elles se produisent dans la caduque inter-utéro-placentaire, mais peuvent avoir lieu dans la caduque ovulaire, surtout dans les deux premiers mois alors que le placenta n'est pas encore formé.

OBSERVATION I

(Foville. — Bulletin de la Société anat. 1855). — Avortement. — Expulsion d'un œuf abortif et d'une caduque renversée. — Rapport de M. Trélat.

Femme épileptique, 28 ans, entrée le 8 mars 1855 à la Salpêtrière, d'habitude bien réglée, avait cessé de voir depuis 2 mois, lorsque le 25 avril, elle perd un peu de sang dans la soirée, sans cause connue. Le 26, elle perd encore dans la matinée, et vers midi elle est prise tout à coup de douleurs très violentes dans le bas-ventre, et, suivant son expression, rend sur le carreau une sorte de tripe qui est recueillie avec soin par une infirmière.

M. Coste, professeur, a examiné le produit et a reconnu : 1^o une membrane caduque expulsée dans son entier mais qui est renversée ; 2^o une vésicule recouverte vers son fond d'un enduit gris, d'aspect pseudo-membraneux, se détachant par lambeaux irréguliers, et surmontée d'une touffe considérable de filaments blanchâtres parfaitement analogues aux villosités choriales destinées à former le placenta.

En coupant cet œuf abortif par une section longitudinale, on reconnaît en plusieurs endroits des taches ecchymotiques ; et, si l'on cherche à déterminer les divers éléments qui la composent, on trouve vers son centre un petit corps ovoïde, gros comme un grain de millet, entouré d'une membrane mince et pellucide, parties que l'on reconnaît pour la vésicule ombilicale et des portions d'amnics. Quant aux parois elles-mêmes, on peut les décomposer en plusieurs couches ; on trouve, tout à fait en dedans, le chorion reconnaissable aux villosités qui existent à sa face externe, et tout à fait en dehors, le feuillet épichorial de la caduque.

L'œuf ne présente plus traces du fœtus. Il est manifestement inséré sur le col de l'utérus.

M. Trélat, dans son rapport signale, outre la rétroversion de la caduque qu'il attribue à l'insertion anormale de l'œuf, la dissolution du fœtus sans préjudice du développement de l'œuf, et l'hémorragie entre la caduque ovulaire et le chorion. Ces deux membranes, dit-il, sont, en plusieurs points, éloignées l'une de l'autre par de petits caillots résultant d'hémorragies entre le chorion et la caduque ovulaire, et dont les vaisseaux de cette dernière sont la source probable. Il va sans dire que ces hémorragies sont spéciales aux premiers temps de la grossesse, que la vascularité de la caduque en est la condition indispensable. Et même n'est-il pas permis de croire qu'elles sont une des causes les plus fréquentes d'avortement dans les deux premiers mois, et qu'elles agissent mécaniquement en séparant le chorion de la caduque, alors que le placenta n'a pas encore contracté des adhérences solides.

OBSERVATION II.

(PERROUD. *Œuf abortif. Gaz. méd. de Lyon. 1864*

Une jeune femme, nouvellement mariée, éprouva dans les lombes et dans l'hypogastre de vives douleurs intermittentes après un retard de 4 mois, en même temps parut une métrorragie peu abondante que la malade prit tout d'abord pour la réapparition des règles.

Cette métrorragie, après avoir duré 3 semaines d'une manière non continue, fut remplacée par une leucorrhée de médiocre intensité, également accompagnée de douleurs utérines; c'est dans une de ces douleurs, beaucoup plus forte que les autres, que fut rendue une masse rougeâtre de la grosseur d'un œuf de dinde.

Cette masse, ovoïde et fluctante; incisée suivant son grand diamètre, donne issue à un liquide séreux et transparent dont malheureusement l'examen clinique et microscopique a été négligé. La surface interne est lisse et tapissée par une membrane offrant l'aspect d'une séreuse, la surface externe au contraire est rougeâtre, villeuse et très friable,

Dans les parois de la poche on reconnaît 1° la caduque utérine, feuillet externe, ; 2° un moyen, le chorion ; 3° un 3^e interne mince qui paraît être l'ammios.

Entre le chorion et la caduque utérine on trouve de nombreux épanchements sanguins.

Aucune trace d'embryon, ni de vésicule ombilicale dans l'intérieur de l'œuf.

Il est probable que cet œuf abortif, cet œuf blanc, cet œuf sans embryon, est mort à une époque peu éloignée de la conception, que cet embryon a été résorbé et que les membranes ont continué à vivre et à se développer pendant un certain temps avant leur expulsion. Je serais porté à attribuer la mort à ces nombreuses hémorragies qui se sont produites entre la caduque et le chorion et dont on voit des traces très évidentes.

OBSERVATION III

DUFOUR. *Bull. soc. anat.* 1857, p. 210.

M. Dufour fait voir un œuf abortif expulsé dans une fausse couche de deux mois par une primipare, âgée de 25 ans, femme très affaiblie, d'une constitution très détériorée et ayant présenté des accidents scorbutiques.

La caduque réfléchie et le chorion sont séparés dans une certaine étendue par une cavité remplie de caillots sanguins. On ne trouve plus de fœtus ; mais on voit encore le cordon avec ses trois vaisseaux, et la vésicule ombilicale se distingue très bien ainsi que son cordon ; elle est dans sa situation normale, en dehors de l'ammios.

OBSERVATION IV

HEGAR. *Monatsschrift für Geburtskunde* 1863, supp., p. 43.

Avortement du deuxième mois. Aucune partie fœtale. Extravasation dans la sérotine, entre le chorion et la reflexe.

Femme S., âgée de 36 ans, bien portante, lavandière, a eu deux accouchements normaux, il y a 7 et 8 ans. Six mois après

le dernier, elle fut de nouveau enceinte, la grossesse fut normale, mais la femme, étant plus faible qu'autrefois, eut souvent des migraines et des vomissements.

Le 12 octobre 1861, elle eut ses règles, mais très insignifiantes. Le 26 novembre, ayant soulevé un fardeau, elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre et perdit beaucoup de sang. Le 27 au soir, après de légères coliques utérines et une faible hémorrhagie, l'œuf fut expulsé! Cet œuf est long de 3 cent. 5, et large de 1,5 à 2 cent.

Entre la réflexe et le chorion, il se trouve un espace de 2 à 3 millim. de large qui est rempli partout par des cotylédons à peu près uniformément développés, et entre ceux-ci des *coagula* rouges et fermes,

La cavité de l'œuf est complètement vide. Du chorion on peut détacher en certains endroits seulement une mince et lissé membrane.

La sérotine a environ $3/4$ de cent. dans son diamètre longitudinal. Elle se compose de masse touffues et bosselées entre lesquelles et dans lesquelles se trouvent des extravasations.

De la surface il tombe des lambeaux lamelleux qui se divisent en parties ténues et membraneuses. Du côté du chorion, on arrive par une coupe sur d'abondantes masses de cotylédons, lesquels sont comprimés par un abondant épanchement de sang.

OBSERVATION V

Œuf de six semaines, hypertrophie et ramollissement de la caduque, dissolution de l'embryon, de l'amnios et de la vésicule ombilicale, persistance du cordon. (MARTIN-SAINT-ANGE).

Mme X..., espagnole, mariée depuis 13 ans à un riche Havanais, âgée de 33 ans, n'a jamais eu de grossesse. Un an après son arrivée à Paris, le 12 février 1840, elle voit, pour la première fois, ses règles se supprimer. Comme elle était femme du monde et que les soirées la fatiguaient beaucoup, elle attribua cette suppression à la vie désordonnée qu'elle menait. Mais la seconde époque menstruelle ayant manqué, Mme X..., pense à une grossesse.

A partir de ce moment, elle garde la chaise longue une partie de la journée. Malgré ces précautions, à la vérité tardives et exagérées, elle est prise, dans la nuit du 18 mars, de douleurs de reins, puis quelques heures après, d'un léger écoulement sanguinolent qui se termine par la sortie d'un caillot de sang assez volumineux. Ce caillot contenait l'œuf dont il est ici question.

L'examen attentif du produit expulsé ayant fait connaître que l'œuf tout entier s'y trouvait, l'avortement était donc certain. Cet œuf, enveloppé par la caduque, est dégagé du caillot de sang qui le contenait ; il apparaît sous la caduque sérotine faisant partie de la chambre incubatrice. On voit la saille mamelonnée qui correspond à l'ombilic de la caduque réfléchie et le point où la caduque pariétale se replie pour tapisser la cavité utérine.

Sur un point de la caduque sérotine existe une solution de continuité qui donne accès à quelques villosités choriales. Dans le voisinage de cette déchirure, se trouvent cinq petits vaisseaux sanguins disposés en spirales, ce qui dénote que l'on est sur la région de l'œuf où le placenta définitif se constitue. Tout le reste de la partie membraneuse qui entoure l'œuf représente la majeure partie de la caduque pariétale. Il est à remarquer que la même coloration lie de vin s'observe sur la totalité de la caduque, et que cette coloration uniforme coïncide avec le ramollissement général qui affecte cette membrane en quelque sorte hypertrophiée.

Si on dégage cet œuf de sa caduque, on a un ovoïde déformé. Son chorion est couvert de villosités étiques qui sont entremêlées par places et plus ou moins longues, suivant les régions de l'œuf qu'elles occupent. Toutes ces villosités, à l'état de vrais fils, très ténus, ont dû être vasculaires dans les premiers temps de la gestation, puisque les vaisseaux sanguins de l'allantoïde se montrent après le vingtième jour de l'inoculation. Vues au microscope, elles laissent apercevoir sur une coupe transversale de leurs troncs, un point opaque situé vers le bord de la section qui indique le passage des vaisseaux ombilicaux actuellement oblitérés.

J'ai ouvert cet œuf avec soin par le côté glabre du chorion, afin de ne pas intéresser la vésicule ombilicale et les vaisseaux placentaires. Il en est sorti une notable quantité de liquide albumineux et d'une consistance un peu visqueuse.

Ce qui frappe, à première vue, c'est le moignon du cordon ombilical qui est implanté sur un point du chorion où les villosités sont le plus fortement développées. Au point d'insertion sur le chorion, son pédicule est très mince. On dirait que deux prolongements vasculaires le retiennent assujéti au chorion et immédiatement après son insertion, il devient fusiforme, grossit très sensiblement et se termine par un petit collet bilobé, sorte de cicatrice qui a dû s'opérer après sa séparation de l'embryon. Enfin la présence du magma réticulé, placé côte à côte, pour ainsi dire de ce cordon ombilical, semble chose étrange. Ce magma, en effet, ne paraît pas, au premier abord, être situé à la place qui lui est généralement assignée dans la constitution de l'œuf, à savoir entre le chorion allantoïdien et l'amnios, mais bien dans la cavité allantoïdienne, ce qui manque donc ici pour que tout soit en rapport, c'est l'amnios. Il y a donc absence du sac amniotique, sauf la portion qui recouvre le cordon. Cet organe a certainement disparu avec l'embryon, car la présence du cordon implique celle du fœtus, qui ne saurait exister sans l'amnios. Je n'ai pu retrouver non plus la vésicule ombilicale qui, pourtant, a dû exister, puisque c'est d'elle que surgit et se détache le germe.

Les altérations ont débuté ici par la caduque, c'est elle qui, dès les premiers temps de la conception, a dû s'opposer à l'échange endosmo-exosmotique qui s'effectue par l'intermédiaire des villosités choriales. Ces radicules altérées ne rencontrant pas, dans la caduque malade, les principes assimilables pour l'embryon et ne pouvant pas, par ces mêmes organes, restituer au sang maternel les principes résultant de la désassimilation des tissus de l'embryon, se sont flétries de bonne heure et cela au point de ne plus pouvoir fonctionner et de causer la mort de l'embryon. Quant à sa disparition, elle s'explique par sa dissolution dans l'eau de l'amnios. Ce liquide albumineux se trouvait placé ici dans la cavité allantoïdienne, celle de l'amnios n'existant pas.

L'absence d'un organe aussi important constitue un fait des plus rares. Il en est de même de l'absence de la vésicule ombilicale que l'on peut encore trouver sur le placenta d'un fœtus à terme. Seulement le cordon ombilical a subsisté, or son existence implique celle du fœtus, de l'amnios et de la vésicule ombilicale.

Si la pression exercée par le sang est assez forte, on comprend qu'il puisse rompre le chorion et pénétrer dans l'espace amnio-chorial; il peut aussi déchirer l'amnios et parvenir dans la cavité, mais le fait est excessivement rare, et si parfois on y trouve du liquide roussâtre, n'y aurait-il pas lieu de penser à un phénomène de transsudation post-mortem? Ce que l'on constate plus fréquemment, c'est que le sang, distendant l'amnios, forme ces petits sacs, proéminents dans la cavité embryonnaire, remplis par du sang coagulé et que quelques auteurs désignent improprement, croyons nous sous le nom de mûles vésiculaires. Les observations 22, 33 en sont des exemples.

Le sang peut encore arriver dans la cavité utérine, entre les deux feuillets de la caduque, non accolés avant le 3^e mois, et s'écouler ensuite par le vagin. On peut également voir du sang paraître à la vulve, lorsque l'hémorrhagie, se produisant dans le voisinage du pôle libre de l'œuf le sang arrive jusqu'à l'espèce d'ombilic formé par la caduque réfléchie avant que ses replis se réunissent (fin du 1^{er} mois), pour s'écouler par l'utérus et le vagin.

Nous avons vu que la mort de l'embryon est attribuée à ces hémorrhagies. On conçoit, en effet, qu'un épanchement se produisant entre la caduque maternelle et le chorion, apporte dans la nutrition de l'embryon un trouble considérable amenant sa mort plus ou moins rapidement. Et, comme le dit Trélat (obs. 4); il se passe là un phénomène presque mécanique; non seulement la caduque altérée n'est plus propre à apporter les éléments nutritifs nécessaires à la vie des germes, mais encore les villosités choriales, éloignées, comprimées sur une certaine étendue, n'accomplissent plus leur rôle

physiologique. Si même, l'hémorragie étant très abondante, pouvait décoller les membranes sur une étendue considérable, il y aurait expulsion immédiate de l'œuf.

D'où vient le sang ? M. Trélat dans l'observation 1, Broca obs. 11, répondent que c'est probablement de la caduque. Désormeaux n'est pas de cet avis et lui donne une source fœtale, allant jusqu'à réclamer pour ces hémorragies le titre d'hémorragies fœtales. De Lamotte Levret, Baudelocque partagent cette opinion et citent des exemples. Delore accuse les vaisseaux de se rompre dans les cotylédons. Courty fait venir le sang du chorion ou du placenta.

Mais Broca, Velpeau, Nœgelé, Barnes, Cazeaux, Tarnier admettent que ces hémorragies proviennent des vaisseaux de la caduque et Martin Saint-Ange dit p. 45. « Il suffit de prendre en considération la quantité de sang épanché pour s'assurer de sa provenance. Mes recherches à cet égard m'ont absolument convaincu que toujours le sang épanché dans les membranes propres du fœtus et celui que l'on rencontre plus fréquemment encore dans le tissu de la caduque provient de la caduque sérotine anormalement évoluée ».

Nous avons vu qu'avant la formation du placenta, c'est-à-dire dans les deux premiers mois, la caduque ovulaire ou réfléchie occasionnait aussi ces hémorragies.

L'hémorragie ne se produit pas toujours et la mort de l'embryon est due alors à une simple congestion utérine. Voici ce qui se passe dans ce cas « dans les conditions de santé de la mère qui produisent une détérioration graduelle du sang, la congestion placentaire (ou caduque) est passive, les échanges nutritifs et éliminateurs, exigés par le fœtus, ne se font qu'imparfaitement, le fœtus ne souffre que graduellement, sa

mort peut tarder : le placenta fœtal meurt ensuite rapidement, suivant l'arrêt d'attraction que créait la vie de l'embryon, enfin le placenta maternel survit un temps indéterminé » (Barnes). Nous aurions ainsi l'explication de ces cas de rétention prolongée.

Enfin la mort de l'embryon peut survenir sans altération notable de la caduque et du placenta « c'est alors le sang vicié qui apporte lui-même les germes de destruction ». (Martin Saint-Ange).

2^o *Causes déterminantes.* — Les causes incriminées sont nombreuses. Louise Bourgeois parle de la colère, Mauriceau accuse les excès de coït, les semences débiles ou corrompues des hommes ; Denmann et Puzos signalent particulièrement les passions vives des femmes, les chutes, frayeurs, les excès des premiers temps du mariage et aussi l'affaiblissement résultant d'un trop grand nombre de grossesses ; Dugès pense qu'une secousse physique, une frayeur, suffisent pour amener la mort de l'embryon ; le docteur Metsch voit dans l'atonie de l'utérus une cause de stase sanguine dans les vaisseaux utérins, Burton et Roederer prétendent que la pléthore, si ordinaire, des femmes enceintes, détermine les contractions utérines, le danger étant plus imminent à chaque époque menstruelle présumée.

Mme Boivin cite comme autre cause les adhérences utéro-ovariennes, et Bailly le molimen hémorrhagique suite de constipation, de station prolongée, de constriction des vêtements, de rapports sexuels ; Jacquemier et Mattei incriminent beaucoup la répétition périodique de la fluxion et l'excitation qui accompagne l'acte de la menstruation qui se fait encore sentir pendant les premiers mois de la grossesse (2 premiers, Dos Santos). Tarnier et Budin invoquent aussi les émotions

morales, les rapports sexuels, expliquant comment une congestion utérine peut se produire, Barnes dit que les deux extrêmes de la vie de reproduction se font remarquer pour la production de l'avortement en général.

Stoltz rapporte que les primipares et les multipares peuvent avoir des fausses grossesses et engendrer des œufs afœtaux, « mais c'est surtout les femmes arrivées vers l'âge du retour qui paraissent y être spécialement sujettes. »

Nous constaterons que souvent l'examen le plus minutieux ne peut révéler aucun motif sérieux et alors comment expliquer la production de l'œuf clair ?

Nous pensons donc que toutes les causes invoquées peuvent avoir une certaine influence mais elles ne suffiraient pas à elles seules, il faut que la femme y soit prédisposée (Jacquemier). Il est probable que les maladies de la muqueuse utérine, assez fréquemment ignorées, y jouent un rôle prépondérant.

Comme Stoltz l'avait remarqué, l'œuf clair peut être expulsé par les primipares, mais surtout par les multipares (4 à 5 fois plus), ainsi qu'il était facile de le prévoir.

Les primipares sont généralement des femmes mariées depuis peu ; les multipares se rencontrent parmi les femmes âgées, près de la ménopause, ou bien elles sont jeunes encore mais ont eu plusieurs grossesses. Et alors on comprend mieux pourquoi les causes si fréquemment invoquées ont pu être considérées comme primordiales. En réalité, elles n'ont fait qu'accentuer les lésions existant.

OBSERVATION VI

COMIN. *Bull. soc. anat.* Juin 1842.

M. Comin présente un produit de conception rendu, à la suite d'un avortement, par une jeune fille détenue à Saint-Lazare, pour une affection syphilitique. Cette femme, âgée de 21 ans, n'a pas eu de rapports sexuels depuis 3 mois. Depuis 1 mois 1/2, elle est soumise dans le service à un traitement par l'iodure de potassium. Les règles avaient manqué depuis trois mois, lorsque le 3 avril au soir, elle fut prise de profondes douleurs dans le bassin, et elle rendit le 4 au matin, au milieu d'une perte de sang assez abondante, une masse noirâtre de la grosseur d'un œuf de dinde.

Caillot sanguin entre la caduque et le chorion. Le liquide contenu dans l'œuf est séreux, et on ne trouve dans son milieu aucune trace d'embryon.

Chaque mois, quelques gouttes de sang rendues par le vagin, avaient taché le linge de la fille.

OBSERVATION VII

(Registres de la Pitié, 1893).

Rosalie G., 18 ans, casquetière, entre le 22 juin 1893 à 2 heures du matin.

Réglée à 15 ans, régulièrement, 2 jours.

Dernières règles du 7 au 9 avril.

Le 21 juin, premières douleurs à 8 heures du soir. A son entrée le 22 matin, col perméable jusqu'à l'orifice interne; extrémité de l'œuf engagée. A 11 heures du soir, elle expulse un œuf de la dimension d'un œuf de poule, clair, les parois sont un peu épaisses.

La femme E., avait contracté la syphilis 6 mois avant son arrivée. Traitée pendant 6 semaines à Lourcine, elle n'avait pas suivi de traitement ultérieur. A sa sortie on lui conseille un traitement mixte.

OBSERVATION VIII

(Registre de la Piété, 1889).

Prudence P., 19 ans, entrée le 28 juin 1888, à 10 heures du matin.

Règles régulières et abondantes, 5 à 6 jours. Elle a eu un garçon à terme, en 1886, vivant.

Fièvre typhoïde en mai 1887 ; elle reste 3 mois à l'hôpital. Depuis la menstruation a été très irrégulière.

D R. 30 mars, 1888.

Le 27 juin, à 11 heures du soir, douleurs et perte de sang.

Le 29, expulsion d'un œuf clair, à 2 h. 30 du matin. Avortement de 3 mois.

OBSERVATION IX

(MARTIN)

Mme C., enceinte de 6 semaines, éprouva de vives impressions morales à la fin du premier mois de la gestation. Quinze jours après : coliques et expulsion, avec beaucoup de sang, d'un corps mollasse arrondi, en partie parenchymateux, en partie membraneux que je reconnus être un véritable placenta. J'ouvris la partie membraneuse, il n'en sortit qu'un fluide visqueux, pas d'embryon dans la cavité.

OBSERVATION X

(DEPAUL. *Bull. soc. anat.* 1847, p. 94).

M. Depaul montre un œuf humain expulsé récemment à la suite d'émotions morales vives. La perte de sang était peu considérable, mais il n'en a pas moins fallu l'arrêter à l'aide de l'ergot de seigle

En ouvrant la poche interne qui contenait un liquide rougeâtre, on n'a trouvé aucun débris de fœtus, ni à la surface interne aucune saillie pouvant être considérée comme un vestige du cordon ombilical, ni d'amnios.

OBSERVATION XI

(Rapport de M. BROCA sur un cas de mort et de dissolution de l'embryon par suite d'hémorragie des membranes de l'œuf, présenté par M. ROUSSE. *Bull. soc. anat.* 1868, p. 81.)

Femme 34 ans, toujours bien portante, bien réglée, ayant eu plusieurs couches heureuses, n'avait plus eu de règles depuis 6 mois. Dans les autres grossesses, cette malade n'avait jamais observé les symptômes, qui assez souvent, l'annoncent aussi ne savait-elle à quoi attribuer ce retard de la menstruation.

A la suite de l'émotion qu'elle éprouva en apprenant qu'on devait lui extirper un lipome, elle perdit quelques gouttes de sang pendant 3 jours, et le 4^e, après une douleur assez forte, elle rendit un produit long de 60 mill., large de 38 mill., épais de 25 mill., environ. La forme de ce corps est à peu près celle de l'utérus ; on sent qu'il est creux. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune déchirure.

La malade se rétablit en peu de jour et fut opérée avec succès de sa tumeur.

Les pièces ont été examinées par MM. Coste et Devilliers. Les conclusions de M. Broca sont :

1^o Que c'est bien un œuf : 2^o que ce sont les membranes de l'œuf, et rien qu'elles, qui existaient sur la pièce présentée.

Cet œuf a le volume d'un œuf de 2 mois et cependant les villosités choriales ont la forme et l'aspect d'un produit de 5 à 6 semaines au plus.

L'embryon et l'amnios ont été dissous, on a reconnu le magma réticulé de Velpeau ; après la dissolution, les membranes ont continué à se développer. L'amnios a donc disparu avant la formation du placenta, c'est-à-dire vers la 3^e ou 4^e semaine.

M. Broca ajoute : l'hémorragie, qui a eu lieu antérieurement, a tué l'embryon avant la formation du placenta, car quel qu'ait été le soin mis à en rechercher les traces, on n'a rien trouvé qui y ressemblât.

Cette communication offre un cas intéressant de mort et de dissolution du fœtus par suite d'hémorragie provenant d'une rupture des vaisseaux de la partie adhérente de la caduque réfléchie. Les caillots sont entre le chorion et la ca-

duque, et dans l'épaisseur de cette dernière et *ils sont si gros, si nombreux, qu'on ne peut pas supposer qu'ils proviennent des vaisseaux encore extrêmement fins*, qui, à cette époque, sont fournis par l'allantoïde, et destinés à devenir plus tard vaisseaux placentaires.

Dans la discussion qui suivit : MM. Deville, Depaul, Barth n'admettent qu'une hémorragie placentaire, et M. Barth persiste à ne voir dans la pièce qu'un placenta avec foyers apoplectiques, le fœtus ayant disparu par maladie ou autrement, et l'utérus en revenant sur lui-même ayant comprimé le placenta qui s'est fermé comme une boursè, de manière à former toute la surface de l'œuf ce qui expliquerait l'épaisseur de la caduque et aussi l'absence du placenta.

OBSERVATION XII

(Thèse de Lempereur).

Mathilde R..., âgée de 38 ans, giletière, d'une bonne constitution, entre à la clinique le 14 février 1867, Elle a eu déjà un garçon à terme. Réglée à 14 ans, régulièrement 4 jours par mois. Dernières règles le 29 novembre 1866.

Le 13 février, dans la matinée, premières douleurs.

Le 14, le col présentait encore une certaine longueur, rien ne s'engageait ; toutefois il se dilatait. Bientôt on sentit un petit corps du volume du pouce ; à ce moment, l'hémorragie était très modérée, il n'y avait guère qu'un suintement sanguinolent et quelques douleurs très faibles.

Le 15, état stationnaire.

Le 16, M. Depaul, avec le doigt, put dégager ce corps : c'était un fragment de placenta.

Le 17, en donnant une injection, on provoqua l'expulsion du reste.

Un examen minutieux ne révèle aucune trace d'embryon. Ce qu'on supposait être l'enveloppe de l'œuf était déjà fort altéré et presque méconnaissable, le sang infiltrait ces fragments et masquait la cavité.

M. Depaul fit remonter la mort à 15 jours à cause des pertes liquides et en caillots subies par la femme avant d'entrer, hémorragies suivies de douleurs qui avaient cessé. Quant à

la cause elle resta obscure, la malade attribuait cet accident à des fatigues excessives, mais il est probable qu'il y avait là une habitude hémorragique.

OBSERVATION XIII (MARTIN de Lyon).

Mad. C..., dont les règles avaient été supprimées depuis 3 mois, avait eu beaucoup de peines physiques à 6 semaines de grossesse, et avait éprouvé alors des douleurs. Un mois et demi après cette époque, le travail de l'avortement se déclara, et fut accompagné d'une perte de sang très abondante.

La matrice expulsa au bout de quelques heures un placenta de la grosseur d'un œuf de dinde, dont la cavité membraneuse contenait un fluide comme mucilagineux. Aucune trace d'embryon.

OBSERVATION XIV (MARTIN).

Mad. de V..., éprouva une vive frayeur vers la fin du premier mois, suivie incontinent de douleurs rénales et d'une hémorragie. Saignée au bras, repos au lit dans une position horizontale pour arrêter l'avortement. Mais 23 jours après la frayeur, la matrice chassa un placenta gros comme un œuf de poule et parfaitement intact. Sérosité roussâtre remplissant la cavité membraneuse. Pas d'embryon.

Dans ces observations, les auteurs tendent à faire ressortir la syphilis pour les 2 premières, les émotions vives, les frayeurs, les fatigues, pour les dernières.

OBSERVATION XV (Reg. Pitié 1891.)

F..., 38 ans, brodeuse, bonne constitution. entre 20 octobre 1891, 2 avortements : 3 mois et 2 mois 1/2. 7 accouchements à terme.

D. R. vers le 20 juillet 1891.

Depuis le 20 octobre, elle perd du sang.

Le 29, à 9 heures du soir, premières douleurs ; à 11 heures, expulsion spontanée d'un œuf clair contenant des traces de la vésicule ombilicale, hémorrhagie abondante qui a occasionné des syncopes fréquentes, et une anémie considérable pendant les suites de couches. On fit de fréquentes injections intra-utérines. Pas de température. Avortement de 2 mois 1/2 environ.

OBSERATION XIV (Reg. Pitié. 1891).

Victorine M., 33 ans, chiffonnière, bonne constitution, 6 accouchements à terme — Sommets.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement pendant 3-4 jours.

D. R. 9 août 1891. Epoque présumée de la grossesse 3 mois 1/2.

Le 19 novembre 1891, à 3 heures du soir, début des pertes de sang.

Le 22, à 4 heures 1/2, premières douleurs.

Elle entre à la Pitié le 23, ayant eu plusieurs pertes de sang en ville. Le 23, elle expulse un œuf entouré complètement par du sang coagulé noir ; la caduque est épaissie. A la section, il s'écoule un peu de liquide clair et toute trace d'embryon a disparu.

L'œuf ouvert mesure dans sa cavité 3 cent. D'après son état, on diagnostique un avortement de 2 mois.

OBSERVATION XV.

Lefour et Coyne. — Fausse couche ovulaire.

Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1896 p. 79.

Mme X, 34 ans, sans profession ; mère de 8 enfants, nés à terme, tous vivants et bien portants, redevient enceinte. D. R. le 28 février 1894, mais elle croit pouvoir faire remonter la grossesse au 15 mars.

15 jours plus tard, apparition des troubles gastriques habituels.

Le 15 avril, elle saute d'une voiture et éprouve de ce fait un ébranlement général mais pas de malaises immédiats, ni consécutifs. Elle se contente de noter le fait, car au 2^e mois de sa 3^e grossesse, ayant ainsi sauté de voiture, elle avait eu

des pertes de sang et des contractions utérines ; le repos absolu et le laudanum firent disparaître ces accidents et la grossesse se poursuivit.

Dans le cas actuel, la grossesse n'offrit rien d'anormal jusqu'au 2^e mois, mais, à cette époque après une longue promenade en voiture, où la malade fut fortement cahotée, et une journée de fatigue, elle eut une hémorragie et expulsa, sans trop de souffrances, une masse du volume d'un œuf de pigeon, laquelle paraît, au premier abord, être prise pour un caillot. Débarrassée du sang qui l'enveloppait et lui donnait une apparence lisse et régulière, cette masse se montrait tomenteuse. C'était évidemment un produit abortif. L'examen en fut fait par M. Coyne qui reconnut un œuf dans lequel il ne restait aucune trace d'embryon.

Hémorragie entre la caduque et le chorion. Les vaisseaux sanguins de la muqueuse sont très dilatés et remplis de sang.

Il est intéressant de voir que le même accident a produit des effets différents pendant la 5^e et la 9^e grossesse ; nuls ou à peu près dans le premier cas, ayant amené l'expulsion d'un œuf clair dans le deuxième.

OBSERVATION XVIII

(Reg. Pitié, 1892.)

Annette B..., 21 ans, couronnière, bonne constitution, IVpare. Réglée à 16 ans, mal.

2 garçons à 7 mois 1/2 et 8 mois, une fille à 6 mois 1/2,

D. R. 23 décembre au 1^{er} janvier 1892.

Nausées fréquentes mais pas de vomissements.

Le 9 mai, à 4 h. matin, début des pertes sanguines. Le 10, à 4 h. 30 matin, les douleurs apparaissent, elle entre à la Pitié à 5 h. 30 perdant toujours. A l'examen, on trouve des caillots dans le vagin, le col largement ouvert, l'œuf est engagé.

Le 12 mai, à 6 heures du soir : expulsion de l'œuf entier. L'embryon a disparu.

Avortement à 4 mois de grossesse. Mort de l'embryon à 2 mois environ, dissolution. Rétention de l'œuf pendant 2 mois. Expulsion de l'œuf entier,

OBSERVATION XVIII

(Reg. Pitié 1887.)

Femme Hilaire, 25 ans, journalière, a eu 4 filles à terme Vpare.

Bien réglée, abondamment 4 à 5 jours.

D. R. 13 mai 1887. Nausées pendant cette grossesse. Le 12 octobre à 4 heures du matin, premières douleurs. Elle entre à 6 heures et le 13, à 9 heures 25 du matin, elle expulse un œuf pesant 110 gr.

Cet œuf paraît avoir 2 mois ; ses parois sont infiltrées de sang caillé qui lui forme une enveloppe de 1 à 2 cent. d'épaisseur. La cavité ne contient plus d'embryon qui est presque entièrement résorbé ; il ne reste qu'un filament grisâtre qui est peut-être un débris de cordon.

L'œuf semble avoir été arrêté dans son évolution au bout de 2 mois, mais être resté 2 mois $1\frac{1}{2}$ dans la cavité utérine après la mort de l'embryon.

Aucune cause incriminée dans les deux observations précédentes. Les femmes sont jeunes, mais ont eu un nombre de grossesses assez élevé.

OBSERVATION XX

(MONDIÈRES. Œuf humain avec dissolution du fœtus. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1851.

M. Mondières montre un œuf humain avec dissolution du fœtus résultat d'un avortement de 3 mois $1\frac{1}{2}$ produit par une hémorragie des membranes.

W..., âgée de 26 ans, tempérament lymphatique, habituellement d'une bonne santé, a eu 3 grossesses antérieures qui se sont terminées à 3 mois $1\frac{1}{2}$, 7 mois, 5 mois $1\frac{1}{2}$, la 4^e à 3 mois $1\frac{1}{2}$ de gestation.

Les règles étaient supprimées depuis 3 mois environ. Quand le 22 mai W. fut prise, sans cause connue, de douleurs

expulsives. Un quart de verre de liquide fut expulsé, puis les douleurs devinrent de plus en plus fortes, et, après quelques contractions énergiques, une quantité considérable de caillots sanguins fut chassée au dehors. Le caillot principal fut reconnu pour un œuf. L'intérieur de la poche offrait une surface lisse; reste de cordon de 2 cent. environ. Pas de traces de fœtus.

M. Depaul pense que l'embryon avait bien pu passer inaperçu.

OBSERVATION XXI

(Clinique BAUDELLOCQUE, 1895. Obs. 482.)

Mad. Ch., 37 ans, domestique, entre à la clinique le 25 mars 1895, à 5 h. du soir.

C'est une Vpare, 4 enfants vivants. Même père.

D. R. 4-10 janvier.

Depuis le 20 mars, cette femme a perdu du sang à diverses reprises et en assez grande abondance. Soignée en ville avec des injections vaginales à l'eau phéniquée, elle déclare qu'une sage-femme lui a pris sa température le 24, et lui a dit qu'elle avait beaucoup de fièvre. Frissons, céphalée intense, ventre douloureux.

A son entrée on trouve dans le vagin un petit œuf fétide pesant 10 gr. En ouvrant cet œuf, on constate qu'il renferme un peu de liquide, mais pas d'embryon. T. 37. Pouls normal. Ventre douloureux à la pression. Injection intra-utérine prolongée après la délivrance. Suites de couches apyrétiques.

Toutes les femmes dont parlent les observations précédentes ont eu plusieurs grossesses, beaucoup ont passé la trentaine.

OBSERVATION XXII

(LAMBINON. *Journ. d'accouch.* Liège 1896, p. 259.)

Mad. M..., VIIIpare, 20 ans, entre à la Maternité le 6 août 1896.

Réglée à 15 ans, régulièrement pendant 8 jours.

A eu 5 fausses couches ; curettage après la 5^e.

Depuis, deux enfants vivants.

Premier : 22 août 1892 à 8 mois, mort en 1895 d'hydrocéphalie.

Deuxième : 1894 à terme, mort de convulsion à 14 mois.

D. R. octobre 1895

En mai 1896, matrice légèrement augmentée de volume, on ne peut affirmer la grossesse.

Le 28 juillet, douleurs et pertes sanguines, grossesse de 6 mois ; les douleurs continuent.

Le 5 août, après avoir soulevé une cuvette, perte assez forte durant toute la nuit.

Le 6, elle rentre à la maternité. C'est une femme de taille moyenne, bien conformée, atteinte de pelade, seins peu développés ne renfermant pas de sérosité, ventre peu volumineux, ombilic déprimé, pas d'albumine.

Au palper, on sent le fond de l'utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'utérus de consistance assez ferme, ne laisse percevoir aucune partie fœtale.

Aucun bruit à l'auscultation ; pas de dédoublements fœtaux. Vulve et vagin peu lubrifiés.

Col en bas, en arrière et à gauche, l'orifice incomplètement effacé, dilatation un franc, permet de percevoir les membranes. Dans les culs-de-sac, le corps de l'utérus donne la sensation d'un sac en caoutchouc rempli d'eau.

Diagnostic : menace de fausse couche à 4 mois 1/2.

On prescrit le repos absolu et 3 lavements *pro die* renfermant chacun XX gouttes de laudanum et 45 gr. d'eau tiède.

Malgré ce traitement les douleurs continuent et le 7, à 4 h. du matin, la femme expulse une masse ovoïde ayant 14 cent. de longueur.

Il s'agit d'un œuf dégénéré, où l'on ne retrouve pas trace d'embryon, ni de cordon ombilical. Il renferme quelques cuillerées de liquide blanchâtre et pèse 274 gr. La zone placentaire ayant subi la dégénérescence fibro-graisseuse, a un diamètre de 10 cent. environ. Sa face externe est jaunâtre, et sa face interne lisse présente, au centre même du gâteau fortement aplati, une saillie ovoïde, noirâtre, mesurant 4 cent. 1/2 sur 2 cent. 1/2. A côté une saillie analogue de la grosseur d'un pois. Dans ces 2 masses se trouvent des coagulations de sang noir et de fibrine. En outre à la périphérie du placenta et plongeant dans la cavité de l'œuf, se trouvent

diposés circulairement 14 lobes parfaitement isolés du volume d'un pois à celui d'une petite poire renfermant du sang coagulé et de la fibrine.

Réflexions. — Le seul symptôme intéressant est l'apparition d'hémorragies survenant sans cause appréciable. La quantité de liquide contenu dans la cavité était peu abondante et comparable aux vins blancs altérés, filants, huileux et, comme on dit, tournés au gras. Ce faux germe était un œuf vide. L'embryon, ayant succombé dans les deux premiers mois, a subi la dissolution dans le liquide amniotique. Les autres parties de l'œuf ont continué leur croissance pendant un certain temps.

Dans cette pièce le sang a décollé par places, les membranes à la périphérie du placenta et s'est insinué, entre celui-ci et les membranes partiellement détachées, pour faire hernie dans la cavité de l'œuf en se coiffant des membranes.

Il est indiscutable qu'ici la muqueuse était malade puisqu'un simple curettage permit de mener à bien 2 conceptions ultérieures. Nous terminerons ce chapitre en répétant ce que disait Grünewald (1) ». L'élément essentiel de la faculté de reproduire chez la femme réside dans son aptitude à couvrir l'œuf fécondé qui dépend elle-même de l'intégrité des tissus utérins bien plus que de l'aptitude à concevoir. Ainsi c'est elle qu'il faut interroger avec soin quand on étudie les maladies en apparence si diverses de l'œuf fécondé et celles du fœtus. On verra alors que toutes, ou presque toutes les affections des organes qui constituent l'œuf, y compris le germe en voie de formation ou de développement, proviennent des modifications pathologiques que subit la caduque. Les altérations des villosités choriales peuvent bien être considérées comme étant la cause des maladies de l'œuf, mais ces altérations sont elles-mêmes l'effet de la disposition primitive de la caduque ou de son état pathologique ».

(1) Martin Saint-Ange, p. 44.

CHAPITRE V

1^o Dissolution.

« Quand la mort vient frapper l'embryon pendant la période de formation, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, le plus souvent le phénomène observé c'est la dissolution.

« Il est bien entendu qu'un certain laps de temps est nécessaire pour que cette dissolution s'opère, et si l'œuf est expulsé immédiatement, on peut trouver l'embryon avec ses caractères normaux.

« Les analyses de Fehling, en nous faisant connaître la nature et la quantité des éléments constituant du fœtus, dans les premiers mois de la grossesse ; en nous montrant qu'à deux mois le corps de l'embryon est plus riche en eau que le sang, le vaccin, le lait, et se rapproche surtout de la lymphe ; qu'à six semaines on trouve 97,54 d'eau pour 100 du poids total, et 0,001 de cendres, sont venues nous expliquer la possibilité, la facilité même de la dissolution de l'embryon, frappé de mort pendant les premiers mois de la grossesse et enfermé quelque temps dans l'œuf » (Professeur Pinard) (1).

En ouvrant la cavité de l'œuf, on ne trouve plus trace d'embryon, et le liquide qui s'écoule a perdu ses caractères physiques normaux, au lieu d'être « clair, transparent, limpide, citrin, il devient plus épais, en apparence plus louche, quelquefois laiteuse, identique de tous points à une émulsion » (Lempereur).

(1) Dict. de Sc. méd. art. fœtus, p. 540.

Donc l'embryon a disparu, il s'est dissous dans le liquide amniotique. Il est certain que la composition chimique de ce liquide, variable suivant l'état de la mère et celui de l'embryon, joue un rôle dans cette transformation, car autrement tout produit, mort avant une certaine époque et retenu dans la cavité un certain laps de temps, devrait se dissoudre. L'observation montre qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Remarquons, en outre, que les analyses chimiques de ce liquide amniotique ont révélé qu'il était plus concentré pendant cette première période de la gestation, « ayant ainsi une action plus forte sur l'embryon qui présente au contraire un minimum de résistance. » (Lempereur).

Cependant cette hypothèse ne suffirait pas pour établir que l'embryon a été réellement formé et on serait amené à se demander si les œufs clairs ne sont pas de ces faux germes, de ces productions utérines dans la formation desquelles la fécondation n'est pas intervenue.

Où ne pourrions-nous admettre, comme Mattei, que l'ovulation seule peut produire une caduque tout comme dans la grossesse où le germe est sain ? D'autant plus que parfois on ne trouve aucune trace, non seulement de l'embryon, mais encore du cordon, de la vésicule ombilicale, de l'amnios (obs. 25).

Nous ne le pensons pas. Puzos, montrant comment un vrai germe peut se transformer en faux, dit :

Dans les premiers jours de la conception, le germe est une espèce de concrétion glaireuse, flottante dans beaucoup d'eau, et suspendue par de petits filaments presque imperceptibles dirigés vers le fond de la matrice pour en tirer la sève destinée à sa végétation. Si une

cause de dérangement survient, cette masse molle retombe dans le néant et ne représente plus qu'une eau trouble renfermée dans une masse de chair informe ; et Martin écrit : « si l'on ne savait combien ces organes à peine ébauchés, se rapprochent de l'état de fluide, et si l'on ne rencontrait quelquefois sur la surface interne de cette cavité une saillie indiquant le point d'insertion du cordon ombilical et des vaisseaux qui vont rayonnant se distribuer dans le placenta, on pourrait douter que l'embryon ait existé.

Blot, dans une séance de la Société anatomique où cette question avait été soulevée, à propos de la présentation qui fait l'objet de l'observation suivante, déclare que la réponse n'est pas douteuse et que son opinion est basée : 1° sur l'observation d'une série d'œufs dans lesquels on peut voir l'embryon à tous les degrés de cette dissolution ; 2° Sur l'indispensable nécessité de l'embryon pour comprendre, avec les connaissances ovologiques actuelles, le développement des membranes de l'œuf. Et dans la discussion qui suivit la lecture du rapport de M. Trélat sur notre observation I, M. Moreau ayant élevé des doutes sur la possibilité de la dissolution, M. Trélat déclare que ces doutes lui paraissent mal fondés en présence d'affirmations positives de la part de MM. Bischoff, Robin, Broca, Follin.

OBSERVATION XXVI.

(M. Dufour : Œuf abortif rendu par fausse couche spontanée Bull. soc. anat. de Paris, 1860.

Femme rachitique, 30 ans, de très petite stature, blonde, déformation très marquée des membres inférieurs, ayant déjà eu un enfant à terme qui a actuellement 8 ans. Il y a

3 ans, 2^e grossesse terminée par une fausse couche des premiers mois.

D. R. 12 — 14 octobre 1859.

Pendant les mois de novembre, décembre 1859 et janvier 1860, la malade se croit enceinte, ses seins grossissent d'une manière non douteuse, seulement elle accuse une sensation de pesanteur dans le ventre.

Le 12 janvier, après une course un peu fatigante qu'elle avait faite la veille, la malade ressent des douleurs utérines.

Le 13, ces douleurs augmentent et vers midi, après de violents maux de reins, un caillot du volume de la moitié du point sort des parties génitales. Cessation des douleurs ; hémorragie peu abondante. Je pus extraire ensuite une partie de la caduque sur laquelle on voit très manifestement les orifices pointillés des glandes utérines sous l'aspect que présente la peau du menton fraîchement rasée, puis enfin l'œuf qui est ce que l'on a désigné plusieurs fois dans la société sous le nom d'œufs abortifs.

La cavité de l'œuf était intacte, fermée par des membranes qui, dans un point, faisaient une petite hernie à travers les villosités chorales et laissaient apercevoir un liquide gélatineux de couleur ambrée qui les distendait. J'ai ouvert l'œuf et, dans ce liquide albumineux, il n'a pas été possible de trouver le moindre débris d'embryon, et nos recherches ont été vaines pour voir les vestiges du cordon ou de son insertion aux parois de l'œuf.

Sur cet œuf abortif, il faut admettre ou que l'embryon a disparu par absorption, ou que primitivement il ne s'était pas développé ! les autres parties de l'œuf ayant subi un développement très avancé ! Et M. Dufour envisageant cette seconde hypothèse ajoute : y aurait-il eu non possibilité de fécondation d'ovules ne renfermant pas de vésicule germinative ?.. Nous avons vu la réponse de M. Blot.

Et dans une autre séance de la même société M. Depaul, discutant (obs. 10) la possibilité de la dissolution de l'embryon, conçoit fort bien que la macération puisse le faire disparaître n'étant encore qu'à l'état muqueux.

Lempereur, après avoir rappelé quels sont le volume de l'embryon, sa constitution histologique, sa consis-

tance pendant les 2 premiers mois de la conception, la composition du liquide ambiant, semble prévoir le phénomène qui se produira dans cet organisme à l'état rudimentaire. Les éléments qui le forment, dit-il son incapables de résister aux causes de destruction qui les atteignent, leur cohésion est faible encore, aussi la désagrégation est rapide, une fois séparés et isolés sous l'action des mêmes causes, ils se dissolvent, fondent et disparaissent mais non sans laisser quelques traces visibles au moins pendant un certain temps.

Nous avons vu (obs. V) que parfois, non seulement on ne trouve plus trace de l'embryon, mais encore le cordon, la vésicule ombilicale, l'amnios même sont vainement recherchés, ils ont disparu. Sans pouvoir donner une explication indiscutable, il nous semble que dans ces cas, l'embryon a été frappé de mort avant que l'amnios n'ait rejoint le chorion et alors cette membrane isolée pour ainsi dire, se dissoudrait plus facilement, surtout si la rétention était prolongée, ainsi qu'il semble résulter de ces observations (mort à six semaines, expulsion à six mois).

Comment l'embryon disparaît-il ?

On est à peu près d'avis qu'il se produit une transformation grasseuse des cellules, suivie d'une émulsion dans le liquide amniotique.

Martin de Lyon nous l'expose ainsi : il y a une métamorphose qui substitue aux éléments histologiques une masse émulsive, un détritüs grasseux ; peu importe l'élément histologique subissant l'altération, le résultat est toujours le même : c'est un détritüs laiteux, une accumulation amorphe de particules grasses dans un liquide plus ou moins riche en albumine.

Lempereur, Barnes, veulent aussi que ce soit une

transformation grasseuse, quelle que soit la nature des altérations.

Martin Saint-Ange, nous explique le procédé suivi par cette transformation « L'embryon se sépare du cordon ombilical au point correspondant au nombril, point d'élection où se pratique la ligature du cordon et sur lequel les animaux opèrent la section à l'aide de leurs dents ». Et ainsi l'embryon, séparé du cordon, isolé dans le liquide amniotique, peut disparaître sans laisser d'autres traces que cette dissolution gommeuse, cette eau glaireuse, ce liquide blanchâtre comparé à des vins blancs atteints de la maladie de la graisse (Lempereur obs. 22) dans lequel nous retrouvons cette graisse. En effet ce liquide, traité par l'éther ou un alcalin se clarifie, reprend sa limpidité.

OBSERVATION XXIV (LEMPEREUR)

Julie L..., 27 ans, enceinte d'environ 2 mois, se heurta violemment contre le pied de son lit. Elle sentit à l'instant même une vive douleur et comme une sensation de déchirure dans le bas-ventre ; le soir, elle perdit un peu d'eau roussâtre et quelques gouttes de sang ; le lendemain et les jours suivants, il en fut de même, sans augmenter sensiblement, la perte ne s'arrêta pas. Le 16^e jour, l'avortement eut lieu, le produit expulsé était presque de la grosseur du poing. A l'intérieur de l'œuf, au lieu d'une sérosité transparente et citrine, il y avait un liquide louche, trouble, blanchâtre. Une petite partie traitée par l'éther reprit notablement sa limpidité.

Ainsi que le constatait Lempereur, il est très peu d'observateurs qui aient songé à cette contre épreuve de l'addition de l'éther ou du sulfure de carbone pour vérifier la nature de la dissolution. Depuis il ne semble pas que l'on s'en soit préoccupé davantage. Il ne serait

cependant pas sans intérêt de constater chaque fois, s'il y a lieu, la présence des éléments graisseux.

Mais si prompt que soit la dissolution du fœtus, un certain laps de temps est nécessaire pour son accomplissement. Ce temps ne peut être précisé, il varie nécessairement suivant l'âge de l'embryon, la composition du liquide amniotique. Court dans les premières semaines, il est plus long quand l'embryon a atteint le 2^e mois.

Il est difficile de fixer une limite à la possibilité de cette dissolution ; néanmoins, il est certain qu'elle dépasse la période ovulaire (20 premiers jours) que lui fixait Puzos. Depuis, on est à peu près d'accord pour l'étendre aux deux ou trois premiers mois de la grossesse (Pinard), et Lempereur dit : « pour cela on s'est basé, non seulement sur la constitution anatomique de l'embryon à cet âge, mais aussi et surtout sur l'observation directe. Il est bien évident que lorsque nous retrouvons des éléments du cordon, nous sommes bien obligés d'admettre que l'embryon avait dépassé la formation de cet organe qui ne paraît guère se former qu'à la fin du 1^{er} mois. »

CHAPITRE VI

2° Expulsion.

Le fœtus, mort et retenu dans la cavité utérine, n'entraîne pas la mort immédiate des membranes. Il peut se produire alors ces masses charnues appelées môles charnues. Mais en général le travail de l'expulsion se prépare, la dégénérescence graisseuse envahit les villosités, la caduque, et même le tissu musculaire de l'utérus.

OBSERVATION XXV

Œuf de six mois et demi, caduque à l'état graisseux ; villosités chorales étiées ; dissolution du fœtus, de l'amnios, du cordon et de la vésicule ombilicale (Martin Saint-Ange).

Primipare, très blonde, 33 ans, tempérament lymphatique, vie sédentaire.

Appétit irrégulier, sommeil avec cauchemars, insuffisant à cause des veillées obligées.

Trois mois après son mariage, suppression des règles ; pas d'autres symptômes qu'un peu de développement des seins et leur sensibilité à la pression.

Vers le 4^e mois de la gestation, la femme croit ressentir les mouvements actifs de l'enfant ; Elle remarque que le ventre grossit, mais comme le corset est supprimé depuis trois mois, l'abdomen avait pu se développer. Au 6^e mois la femme croit toujours sentir remuer

Pendant une partie de campagne, une couleuvre frôle la robe de la dame, violente émotion et douleur très vive dans les reins et le bas-ventre ; on rentre à Paris. Dans la nuit. les douleurs continuent et quelques gouttes de sang apparaissent par la vulve vers six heures du matin.

Appelé près de cette femme, je pratiquai le toucher vaginal, l'utérus avait le volume d'une tête d'enfant à terme, col entièrement effacé, orifice inférieur ouvert de la largeur d'un franc. Dans cet orifice, le doigt percevait la sensation d'un corps mou, non adhérent aux parties voisines, ne pouvant être qu'un œuf, attendu ses rapports et les antécédents de la femme. Les contractions utérines sont assez fortes et rapprochées (toutes les deux minutes).

Deux heures après, expulsion en bloc du produit, suivi d'un petit écoulement sanguinolent qui dura six heures environ et qui entraîna au dehors plusieurs lambeaux de caduque aussi altérés que celui qui accompagnait l'œuf. Suites de couches insignifiantes, la malade se lève le 3^e jour.

L'œuf est comparable à un marron encore dans sa gousse villeuse ; il est coiffé d'un lambeau de caduque fortement injecté de sang sur un point. À côté, la caduque prend tout à coup un aspect jaunâtre sur tout le reste de son étendue. Au dessous, on aperçoit le chorion avec ses nombreuses villosités, disposées par touffes, qui lui sont adhérentes. Même couleur jaunâtre sur plusieurs groupes de villosités. Ces parties organiques renferment des globules graisseux, ce qui dénote la dégénérescence de leurs tissus. Toutes les villosités choriales de cet œuf, disposés par faisceaux et accolées au chorion, sont à l'état d'atrophie et impropres à tout fonctionnement.

Vu du côté opposé, ce même œuf montre le lambeau de la caduque par sa surface la plus étendue. La couleur est jaune aussi, cependant quelques points sont rouges à cause de la présence de vaisseaux sanguins de la caduque engorgés et se trouvant en rapport avec des gros caillots sous-jacents.

Quelques villosités choriales, sectionnées transversalement sur leur pédicule attenant au chorion, montrent la trace des vaisseaux allantoidiens.

L'œuf est ouvert par une incision cruciale, il en sort un liquide albumineux, un peu trouble. La section a mis à nu un gros caillot de sang interposé entre la caduque et le chorion. Après lavage, on constate que plusieurs vaisseaux sanguins de la caduque sont rompus et que c'est de là que le sang s'est épanché dans le tissu de la caduque. L'examen de l'intérieur de l'œuf a ensuite montré qu'il n'y avait plus ni embryon, ni cordon ombilical, ni amnios, et, ce qui est plus extraordinaire, ni vésicule ombilicale.

Dans la cavité, on observe encore une petite saillie ayant la forme et le volume d'une petite cerise allongée : elle est formée, par un caillot sanguin induré qui a poussé devant lui une touffe de villosités choriales étiées. Sa couleur rose cerise est due à la minceur des parois de l'œuf qui permet de voir, par transparence, le caillot de sang qui le constitue.

Voilà un œuf humain de 6 mois $1/2$, expulsé à la suite d'une vive émotion ayant mis en jeu la contractilité utérine, qui représente à peine un œuf de six semaines. Il provient d'un être dont l'état maladif a dû retentir sur l'utérus et amener un arrêt de développement. La durée de la gestation aurait pu se prolonger longtemps encore, sans la vive émotion qui a déterminé la fausse couche. Jusque-là, en effet, aucun trouble utérin ne s'était montré et les règles ne reparaissaient pas.

Après un si long séjour dans l'utérus, l'œuf n'est plus représenté que par une coque membraneuse constituée par les trois chorions. Il n'existe à l'intérieur que du liquide albumineux.

Considéré isolément, cet œuf présente une texture bien peu ordinaire qui ferait croire à la composition d'un organisme à part. Et pourtant si le deuxième et le troisième chorion sont présents, l'embryon a dû nécessairement exister, puisque l'une et l'autre de ces enveloppes émanent de lui. La présence de l'embryon implique celle de l'amnios et de la vésicule ombilicale. Il s'est donc passé ceci : la germe s'est formé après la fécondation, puis le feuillet séreux du blastoderme est allé rejoindre le premier chorion et a constitué l'amnios. Vers le quinzième jour, l'allantoïde a dû rejoindre les deux premiers chorions et les villosités choriales. Mais l'œuf, arrivé dans l'utérus, a rencontré une caduque malade et par suite de ces mauvaises conditions a dû cesser de croître. Il n'en pouvait être autrement car les villosités choriales se sont atrophiées dans un mauvais terrain. Toutefois ce petit parasite, avec ses racines altérées, n'étaient pas encore devenu corps étranger au milieu d'organes vivants ; aussi, restait-il impunément dans la cavité utérine.

Quant au lambeau qui coiffait l'œuf, il appartient tout entier à la caduque sérotine, puisqu'il est en rapport avec les villosités choriales qui sont le plus développées.

On peut presque affirmer que la dégénérescence de la ca-

duque a commencé dès le début de la gestation, au moment où l'œuf est parvenu dans la cavité utérine. Ce qui le démontre, c'est l'état d'atrophie où se trouvent les villosités choriales, par suite de leur contact avec une caduque maldade; s'il en est ainsi, on peut supposer que le germe, après s'être isolé de la vésicule ombilicale et s'être enveloppé dans ses membranes propres, amnios et allantoïde, a dû disparaître avec l'amnios et la vésicule ombilicale par dissolution dans le liquide albumineux où il était plongé.

L'observation 5 rapprochée de la précédente montre donc que la lésion initiale est dans la caduque qu'elle atteint ensuite les villosités choriales, puis survient la mort de l'embryon et enfin, après cette mort la dégénérescence graisseuse des tissus et leur dissolution.

Lambinon, à propos de l'observation 22, termine par la réflexion suivante : le ralentissement de la circulation placentaire a causé dans cet organe qui végétait une diminution assez prolongée de l'apport d'oxygène dans les cotylédons. On sait, d'après Kelsch, qu'il en résulte d'une part une plus grande destruction d'albumine, et la formation d'une plus grande quantité de graisse et d'autre part une persistance de la graisse ainsi développée. On peut y voir la cause de la dégénérescence graisseuse, du placenta. Hegar et Zinowieff admettent cette dégénérescence que l'on retrouve sur tous les placentas abortifs et Kölliker a trouvé les cellules déciduales, ces belles cellules, petites, à noyaux très apparents, à contours parfois difficiles à délimiter, atteintes en général de dégénérescence graisseuse.

Pendant cette transformation, l'œuf se détache de la paroi utérine, le moindre effort contribue à rompre les adhérences. les vaisseaux sanguins, ce qui expliquerait les hémorragies que l'on constate si souvent. Des cail-

lots se forment dans le col, agissent mécaniquement sur lui, réveillent les contractions. En même temps la matrice, débarrassée sur une partie, de ses adhérences avec cet œuf, se contracte et contribue elle aussi à chasser le corps étranger qu'elle renferme.

Par suite « le fœtus étant mort, l'œuf n'est expulsé que lorsqu'il est devenu corps étranger, c'est-à-dire que son existence parasitaire est limitée par la caducité de ses annexes » (Pinard). L'œuf est expulsé en entier, quelquefois cependant une partie de la caduque s'est détachée, surtout de la caduque utéro-placentaire, mais elle ne séjourne pas dans la cavité utérine. La dégénérescence graisseuse a fait son œuvre. Quand a lieu l'expulsion ?

« Nous ne pouvons en aucune façon le dire avec précision, quelle que soit l'époque de la mort du fœtus. Sachant cependant que le fœtus mort ou vivant ne séjourne pas plus de 9 mois dans la cavité utérine, à moins qu'il n'y ait un obstacle mécanique à sa sortie (cancer ou tumeur fibreuse), on pourra se livrer à une évaluation approximative, mais il faut se garder de formules précises » (Professeur Pinard).

Il est à peu près impossible de connaître la durée de la rétention car on ignore la date précise de la mort de l'embryon. On s'est alors demandé quelle pourrait être l'époque où a lieu l'expulsion.

Louise Bourgeois, Puzos, Dugès, Nœgelé, pensent qu'elle a lieu entre le 2^e et le 3^e mois de la grossesse, rarement plus tard (Chohnogoroff). Martin Saint-Ange croit que l'œuf malade peut séjourner un temps indéterminé dans la cavité utérine, mais il ajoute que d'après les auteurs français, la retenue ne dépasserait pas 285 jours : Boissard fixe la durée de la rétention à 20, 25, 30 jours

après la mort de l'embryon Zweifel à 14 jours environ, mais pouvant se prolonger Rossier à 15 jours le plus souvent mais pouvant tarder plusieurs mois ce qui est rare, et aller au delà du terme de la grossesse, ce qui est encore plus rare. Præ, Schröder, Mac Clintock admettent que la contraction utérine, venant à faire défaut au terme de la parturition, le fœtus est retenu pour un temps indéterminé Budin semble être de cet avis d'après l'observation 36.

Stoltz n'admet pas la rétention au-delà du 9^e mois. C'est aussi l'avis de M. le Professeur Pinard.

D'après nos observations, l'expulsion aurait lieu dans la moitié des cas, entre le 2^e et le 3^e mois. Nous n'avons que l'observation de M. Budin comme exemple de rétention prolongée au-delà du 9^e mois.

OBSERVATION XXVI

(*Bull. soc. anat.* 1857, p. 366).

M. Charrier présente un œuf abortif présentant les caractères d'un œuf de 2 mois, expulsé de l'utérus 9 mois après la conception, donne les détails suivants :

Une femme, 29 ans, chlorotique, assez régulièrement réglée depuis l'âge de 19 ans, mariée depuis 20 mois, lorsqu'en février 1857, les règles ne parurent pas ; avec cette cessation, des symptômes de grossesse apparurent : Pendant 3 mois, nausées, vomissements qui ne permettaient que l'ingestion de potages.

En mai, la santé se rétablit, mais le flux menstruel ne reparaisait pas, les seins se tuméfiaient, leur aréole brunissait et quoique le ventre augmentât très peu de volume, cette femme entra à la clinique le 11 novembre, se croyant au terme de sa grossesse.

Dans les premiers jours de décembre : douleurs lombaires et contractions utérines sans perte de sang, et 10 jours après, le 17 décembre, expulsion d'un œuf abortif.

Cet œuf ne paraissait pas avoir plus de 2 mois, L'embryon

était résorbé. Un caillot hémorrhagique avait déchiré les villosités du chorion et séparé les membranes d'avec le placenta. Ainsi s'expliquait la mort de l'œuf et telle est la cause la plus fréquente des avortements.

Ce qui est remarquable, c'est que les contractions de l'utérus ne se sont éveillées qu'à la fin du 9^e mois, que la femme n'a éprouvé tous les signes rationnels de la grossesse qu'au moment de l'accouchement : les mamelons étaient développés, bruns et laissaient suinter du colostrum. Il y a eu dans ce fait un arrêt de grossesse au 2^e mois.

Les faits identiques sont rares, cependant M. Dubois en a cité plusieurs dans sa leçon clinique.

OBSERVATION XXVII

(Clinique BAUDELOCQUE, 1893. N^o 1554).

G..., femme de ménage, 23 ans, primipare, entre à la Clinique le 25 octobre 1893.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement.

Antécédents pathologiques : Rougeole à 19 ans ; à 12 ans, abcès ossifluent de la région sacrée, ayant déterminé une fistule intarissable depuis, située à l'extrémité supérieure du sillon fessier, due probablement à une carie sacrée : cicatrices à la face externe et interne de la fesse gauche.

D. R. le 10 juillet 1893. Pas d'albumine.

A son entrée à la Clinique, le 25 octobre 1893, à 10 heures du soir ; cette femme perdait du sang en quantité assez considérable et se trouvait en travail. Les douleurs ont commencé le 24 octobre, à 3 heures du matin. Elle racontait qu'on venait de lui appliquer des sinapismes aux jambes.

On trouve, à la palpation, le fond de l'utérus à 11 cent. au dessus du pubis ; au toucher, le col légèrement entr'ouvert. On fait plusieurs injections vaginales chaudes qui font cesser l'hémorrhagie.

La dilatation est complète à 11 h. 40. A 11 h. 45, expulsion d'un œuf clair pesant 110 gr. Il mesure 8 cent. de hauteur, 6 cent. dans le sens transversal, 14 cent. de circonférence.

Hémorrhagie dans l'épaisseur du chorion, localisée surtout à la face postérieure.

Suites de couches normales. Temp. se maintenant dans le voisinage de 37°.

OBSERVATION XXVIII (PUZOS).

Femme ayant eu deux enfants, a perte médiocre, douleurs de ventre et aux reins, après 2 mois et plus de retard ; Sans cause connue ; le diagnostic de mauvaise grossesse est fait, et, malgré une saignée et le repos au lit, les douleurs augmentent et quelque temps après elle expulse un faux germe.

OBSERVATION XXIX (MARTIN).

Mme P..., 22 ans, se croyait enceinte de 2 mois environ, lorsque après des contractions très douloureuses et une perte abondante, l'utérus expulsa un placenta intact de la grosseur d'un œuf de poule. J'ouvris sa cavité, elle était remplie d'une sérosité épaisse au centre de laquelle nageait un filet membraneux qui naissait en arrière d'un lacis de vaisseaux qu'on y distinguait.

OBSERVATION XXX (MARTIN).

Mme T..., se croyant enceinte de 4 mois $1/2$ environ, éprouve des tranchées utérines pendant 6 jours. Le 7^e, expulsion d'un placenta du volume d'un gros œuf de pigeon. Cavité remplie d'une eau épaisse et comme gommeuse, dans laquelle je ne pus découvrir aucun vestige d'embryon.

L'expulsion est annoncée par des douleurs lombaires et abdominales, des contractions utérines douloureuses ; un écoulement de sang plus ou moins abondant, mais généralement pas inquiétant et cessant immédiatement après, sauf dans les cas rares où il reste des débris de caduque. Au toucher le col est entr'ouvert, et, si l'œuf est volumineux, il s'efface plus ou moins.

Si l'expulsion n'était pas totale, l'écoulement sanguin persisterait pendant quelques heures ou quelques jours mais un temps très restreint, et les parties de membranes, retenues faiblement, seraient expulsées avec cet écoulement.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'abondance de l'hémorrhagie qui suit l'expulsion de l'œuf.

Puzos, Blot, veulent qu'il y ait moins de sang perdu que dans l'avortement ordinaire « parce qu'il ne se produit pas une séparation entre des tissus vivants, mais un simple décollement du placenta flétri, frappé de mort et faiblement adhérent » (Negelé et Grenœer) et Lusk explique qu'après la mort de l'embryon, les villosités choriales s'oblitérent, la circulation, qui se fait du fœtus au chorion et au placenta, s'interrompt.

Depaul, au contraire, répondant à Blot, dans la discussion qui suivit la présentation de l'œuf, objet de notre observation 23, soutient que ces espèces de fausses couches sont parfois accompagnées de pertes assez abondantes, il présente dans la séance suivante : Deux œufs sans embryon dont l'expulsion a été accompagnée d'une hémorrhagie assez forte pour avoir nécessité l'emploi du seigle ergoté.

Nous avons relevé plusieurs observations où l'on signalait des pertes assez abondantes. Nous croyons qu'en général, il n'y a pas lieu de se préoccuper de ces pertes.

OBSERVATION XXXI

(Clinique BAUDELLOCQUE, fév. 1897, obs. 287).

Expulsion dans le cours du quatrième mois d'un œuf clair entier, contenant 70 gr. d'un liquide transparent et citrin.

Mme G..., 20 ans, confectionneuse, née à Paris, entre à la Clinique le 14 février 1897, à 2 heures du soir.

A marché vers un an, toujours bien.

Réglée à 12 ans, facilement et régulièrement. Rougeole dans l'enfance. Ensuite blépharite très tenace pour laquelle le professeur Panas aurait pratiqué trois interventions, l'une en 1892, les autres en 1896. Depuis ces dernières, cette affection s'est beaucoup améliorée.

Secondipare. En 1895, elle a expulsé un fœtus de 6 mois, mort; a été délivrée à l'hôpital Cochin qu'elle a quitté le onzième jour, après des suites de couches normales. Elle ne fournit aucun renseignement sur la cause de cet avortement.

Père différent pour cette seconde grossesse.

D. R. 17-19 septembre 1896. Hauteur de l'utérus 8 cent. La femme vient de chez elle, est confectionneuse, métier qui l'oblige à marcher beaucoup.

Elle entre parce qu'elle éprouve des douleurs qui ont débuté dans la nuit du 13 au 14 février, depuis, elles augmentent d'intensité et de fréquence.

A son arrivée, on constate qu'elle perd du sang en assez grande quantité, P. 108. T. 38°. L'urine ne présente point de traces d'albumine.

Interrogée, la malade déclare qu'une hémorrhagie assez abondante s'est produite le 24 janvier, a duré toute la journée et s'est prolongée une partie de la nuit. Depuis elle a perdu d'une façon continue, mais en petite quantité. Le repos ne paraît point avoir d'influence sur la marche de l'hémorrhagie, la malade perd autant de sang la nuit que le jour. Elle n'a suivi aucun traitement, a continué à travailler.

Elle entre le 14, à 5 h. 40, du soir dans la salle de travail et expulse, à 5 h. 45, un œuf entier du poids de 130 gr. A ce moment, P. 80, T. 37°. Après cette expulsion : injection intra-utérine ; pas d'hémorrhagie.

M. le professeur Pinard ouvre l'œuf, il en sort 70 gr. d'un liquide transparent, citrin, analogue à de l'urine. Il n'y a pas de fœtus. C'est un œuf clair. Il a 14 cent. de long, 7 de large.

La température se maintient à la normale ; la parturiente quitte le service le 23 février ; état satisfaisant.

OBSERVATION XXXII

(Clinique BAUDELLOCQUE, nov. 95, obs. 1785).

M., 24 ans, domestique, IIIpare, entre le 11 novembre à 10 heures du matin.

Règlée à 14 ans, irrégulièrement. Est anémique. A eu deux grossesses. 1892, enfant vivant ; 1894, mort en bas âge.

Père différent pour la 3^e grossesse. D. R. 20 octobre ; depuis cette femme perd du sang. Elle aurait expulsé des caillots le 5 novembre. Le 11 novembre, Mlle Roze pénètre avec un doigt dans le col et fait sortir un œuf clair du poids de 20 gr. Suites de couches apyrétiques.

OBSERVATION XXXIII

(Clinique BAUDELLOCQUE Avril 1896. Obs. 562)

G. H..., 43 ans, Vpare, entre le 3 avril 1896 à 8 h. 15 du soir.

Mère morte d'hémoptysie. Elle a eu la variole à 4 ans. Plébite après son accouchement en 1894. Pas d'albumine.

Les 4 premiers accouchements ont été normaux. D. R. 22-26 février. La femme perd du sang à diverses reprises depuis le 26 mars, elle avait cru à ce moment à un retour de règles. Le 28, perte plus abondante avec caillots, sans douleurs. Elle se couche et continue à perdre en quantité notable, sang et caillots. Les injections chaudes arrêtent cette hémorragie.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 avril, douleurs costales violentes, se reproduisant la nuit suivante et presque toute la journée du 3.

Le 3 au soir, elle est envoyée à la Clinique, à son entrée à 8 h. 15, Mlle Roze, pratiquant le toucher, trouve un col perméable et extrait un œuf très petit, contenant seulement un liquide gommeux. L'hémorragie cesse ; injection intra-utérine. T. 37°,7. P. 108. Suites apyrétiques.

CHAPITRE VII

Diagnostic

M. le professeur Pinard (1) parlant de la rétention du fœtus dit : « Immédiatement après la mort de l'enfant, la grossesse est terminée, bien que le fœtus séjourne dans la cavité utérine, la femme entre dans la 2^e période de l'état puerpéral, c'est-à-dire la période régressive.

« On constate la cessation immédiate des phénomènes dits sympathiques de la grossesse, et dans les cas où nous avons pu observer le moment précis de la mort du fœtus, une fluxion mammaire apparaissant du 2^e au 4^e jour après la mort. Cette fluxion mammaire peut s'observer, quel que soit l'âge de la grossesse, et chose curieuse et intéressante à noter, c'est que lors de l'expulsion de l'œuf, on en observe une nouvelle.

« Au point de vue général, il ne se produit aucun symptôme morbide, quelle que soit la durée de la rétention.

- « Le défaut de parallélisme, entre l'âge de la grossesse et le volume de l'utérus, sera d'autant plus accusé que la résorption du liquide amniotique sera plus longue.

« Le palper peut se pratiquer dans des circonstances bien différentes : ou bien l'utérus est difficile à rencon-

(1) *Revue pratique d'obst. et d'hygiène de l'enf*, déc. 89, janvier 1890.

trer, à délimiter; ou, bien il est tellement contracté qu'il s'offre à la main sous la forme d'un globe de consistance ligneuse. On pourra cependant à un moment de l'exploration; percevoir le durcissement de la tumeur, et cette contraction indolore de l'utérus peut durer plusieurs minutes ».

Nous observerons tous ces signes dans le cas de rétention d'un œuf clair, mais il en est que nous retrouverons dans presque toutes nos observations; ce sont :

1° Absence des règles.

2° Cessation des symptômes dits sympathiques de la grossesse.

3° Défaut de parallélisme entre le volume de l'utérus et l'âge présumé de la grossesse.

Ce dernier signe sera fourni par le palper, le toucher et surtout le palper et toucher combinés, car l'utérus n'a souvent qu'un très petit volume. Nous n'oublierons pas dans ces explorations les conseils que donne M. le professeur Pinard à savoir : que dans la palpation on peut percevoir difficilement l'utérus, même assez volumineux, tellement il est mou; ou bien le percevoir trop facilement sous la forme d'un globe constamment dur, la contraction étant permanente et l'expulsion proche. Le toucher peut faire constater le ramollissement du col; mais « si la rétention a été longue, ce ramollissement peut avoir disparu pour faire place à la consistance de l'état de vacuité (Professeur Pinard).

Les hémorrhagies s'observent assez souvent pendant la rétention; elles sont plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes, et se prolongent plus ou moins longtemps. En général elles ne sont pas graves.

Cependant nous verrons que, dans presque toutes les

interventions, ce sont leur fréquence ou leur abondance qui les ont nécessitées.

Il y a lieu de remarquer que ces hémorrhagies ne diminuent pas sensiblement par le repos au lit (obs. 36,41).

Le sang qui s'écoule est assez souvent noirâtre, (Lepage), il y a des caillots. Cet écoulement est accompagné de pesanteur dans le bas ventre, douleurs abdominales et lombaires, faisant croire souvent que l'expulsion est proche.

Dans certains cas, on cite une alternance entre des pertes blanchâtres, ou plus ou moins roussâtres, et des écoulements de sérosités sanguinolentes, de sang pur, (Obs. 32), « écoulements irréguliers et peu abondants, petites pertes plus séreuses que sanguines, qu'on regarde comme l'effet des efforts que faisait la matrice pour se débarrasser d'un corps devenu étranger, accompagnées de douleurs sourdes de reins ». (Puzos).

Quelquefois l'utérus est un peu sensible, douloureux même, à la pression comme dans le cas suivant.

OBSERVATION XXXIV

(Communiquée par M. LEPAGE)

Mme X..., 25 ans, mariée depuis 2 ans, jamais de retard dans les règles,

D. R. 22-25 janvier 1898.

La grossesse est très belle, remarquable surtout par l'absence des phénomènes sympathiques.

Le 10 avril, Mme X..., tombe dans sa chambre, il ne s'en suit aucun écoulement sanguin, ni phénomène anormal immédiat, et ce n'est que le 19, que la femme perd un peu de sang dans la journée. Des contractions utérines apparaissent dans la soirée et dans la nuit.

Le 20, au matin, M. Lepage est appelé. Il trouve l'utérus

peu accessible par le palper ; très peu augmenté de volume, et à peine douloureux du côté droit par le toucher et le palper combinés. Le col n'est pas entr'ouvert, il s'écoule un peu de sang noir, marc de café, de l'utérus. Un lavement avec xv gouttes de laudanum avait été prescrit avant son arrivée.

Étant donné le peu de développement de l'utérus, l'absence de phénomènes sympathiques de grossesse et la coloration noirâtre du sang. M. Lepage pense qu'il y a probablement arrêt de développement de l'œuf et conseille les injections chaudes et les précautions antiseptiques usuelles. Quelques douleurs dans l'après-midi.

Il revoit la malade à 6 heures du soir, les douleurs augmentent quelque peu ; le col est toujours fermé ; pas de température. Il s'écoule du sang plus rutilant et quelques caillots récents.

A 9 heures 30, les douleurs ont augmenté d'intensité, elles reviennent à intervalles périodiques, toutes les 5 ou 6 minutes : il sort des caillots. Au toucher on sent, dans le col une masse mollassée engagée. Lavement avec 2 gr. de chloral, non pour arrêter le travail, mais pour diminuer les douleurs. Une serviette imbibée de liquide est présentée, c'est très probablement du liquide amniotique.

Les douleurs continuent de 2 heures à 7 heures du matin ; elles cessent à ce moment,

Le 24, à 2 heures 30 du soir, la femme expulse un œuf, affaissé par suite de l'évacuation du liquide amniotique.

En ouvrant la cavité de cet œuf nous constatons la présence de la vésicule ombilicale et les vertiges du cordon, filament très ténu long de 1 cm. 05.

Il existe des hémorrhagies multiples dans l'épaisseur de la caduque.

OBSERVATION XXXV

(Docteur CHOHNOGOROFF. Vratch. St-Petersb, 1891, p. 164).

J'eus l'occasion d'observer avec le docteur Tagerom, Mme F..., âgée de 21 ans, mariée depuis 2 ans, constitution faible, ayant mis au monde, il y a un an, à 5 mois 1/2, un enfant qui vit encore. Les suites de couches furent normales. Elle ne vomit pas.

Mari bien portant, pas de syphilis.

Réglée à 17 ans, bien régulièrement, sans douleurs, tous les 28 jours pendant 3 jours.

D. R. du 10 au 12 septembre 1889.

Nausées et vomissements en octobre qui augmentèrent à la fin du mois.

Au commencement de novembre, les vomissements devinrent si forts, que tous les moyens employés restant impuissants, en présence de la faiblesse et du manque de force de la femme, on pensa à provoquer l'avortement.

Fin novembre, les vomissements commencèrent à cesser peu à peu, la malade reprit des forces. A peu près en même temps que l'apparition des nausées et vomissements, les seins grossirent. Mme F., éprouva des picotements, L'aréole se fonda.

Je vis la malade pour la première fois le 7 novembre 1889. Outre le grossissement des seins, je trouvai l'augmentation de volume des tubercules de Montgomery. La ligne blanche était très foncée ; la muqueuse vaginale violacée, la matrice inclinée et couchée en avant ; le col mou ; le corps augmenté de volume, atteignant à peu près la grosseur d'une orange. Je diagnostiquai la grossesse.

Le 18 décembre, mucosités blanchâtres sortant du vagin, sans causes visibles. La malade continue ses occupations habituelles.

Le 21, en revenant du théâtre et commençant à monter l'escalier, la malade sentit qu'elle perdait du sang, on trouve dans le vagin un caillot sanguin de la grosseur d'une noix. L'utérus est de la grosseur de la tête d'un nouveau-né ; le col fermé. On ordonne le repos.

Pendant 2 jours, un peu d'écoulement sanguin, puis la malade se lève, se sentant tout à fait bien. Les seins se ramollissent.

3 semaines après, je revois la malade : mêmes dimensions de la matrice, mais elle est plus dure. Il n'y a plus eu de pertes, ni blanches, ni rouges.

Fin février 1890, je la vois de nouveau : aucun changement.

Dans la nuit du 3 au 4 mars, un peu de sang s'écoule du vagin. Mme F., reste au lit.

Le 4, pendant toute la journée, écoulement de sérosités blanchâtres et d'un peu de sang.

Le 5, au matin, la malade se lève, les sérosités continuent. Le soir, il se dégage tout à coup beaucoup de sang et il sort un œuf de 11 cent. de long.

Une grande partie de sa surface est constituée par du placenta dont le tissu est compact et foncé. Quand j'eus ouvert l'œuf, je trouvai dans sa partie inférieure des caillots foncés et compacts, mais ni embryon, ni cordon ombilical.

Les jours suivants, la température fut normale. Mme F... quitta le lit huit jours après, complètement remise.

La grossesse paraît avoir évolué pendant 3 mois, et l'œuf a été retenu 2 mois. En tout 5 mois entre la fécondation et l'expulsion qu'on attendit.

La rétention du produit de la grossesse est rarement plus long.

Nous sommes loin du tableau effrayant que nous faisaient les anciens accoucheurs des femmes portant dans leur cavité utérine un fœtus mort. Presque toujours la femme ayant un œuf clair dans l'utérus, peut continuer ses occupations habituelles, quelques hémorrhagies viennent parfois lui rappeler ce phénomène anormal. Elle n'a pas à redouter les complications septiques, car l'œuf est toujours entier, et, si les membranes viennent à se rompre ce n'est guère qu'au moment où il traverse le canal cervical.

Il peut arriver que les contractions utérines soient faibles, que le travail traîne en longueur, alors l'œuf, retenu trop longtemps dans le col, peut se trouver en communication avec l'air extérieur, par l'intermédiaire de l'orifice dilaté, et son pôle libre s'infecter.

D'autres fois l'œuf est sorti de la matrice, mais il séjourne dans le vagin, et là, il se putréfie rapidement. (Obs. 24).

Il se peut cependant que des aggravations dans l'état de la mère se produisent. En général, ce sont des femmes nerveuses, hystériques, vivement préoccu-

pées par leur état qu'elles connaissent, ou par les pertes fréquentes qu'elles constatent. Dans ces cas, les signes que l'on observe, doivent étre attribués complètement à des phénomènes nerveux. Ainsi s'expliquerait l'état de la femme, objet de l'observation suivante :

OBSERVATION XXXVI.

BUDIN : Mort du produit de conception. Rétention de l'œuf pendant 11 mois dans la cavité utérine. Accouchement provoqué. Particularités anatomiques. Présence de tumeurs sanguines pédiculées faisant saillie, dans l'intérieur de la poche amniotique. Bull et Mémoire de la soc. obst et gyn. de Paris, 1892, p. 224.

Mme X..., 24 ans, russe, étudiante en médecine. Tous ses parents du côté maternel sont névropathes ; elle même a eu des attaques d'hystérie. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Régée à 13 ans, la menstruation ne s'est définitivement établie qu'à 16 ans, toujours très irrégulière, avec des retards de 3 mois et 3 mois 1/2. Les règles étaient douloureuses et très abondantes.

Mariée, il y a 2 ans, elle est de grande taille et de constitution forte. Dernières règles, très abondantes, fin juin 1891. En août et septembre : dégoût pour les aliments, vomissements au réveil, vertiges, envies de dormir pendant la journée, douleurs dans le bassin, érythème nerveux très prononcé. A la fin de septembre et en octobre, quelques petites taches de sang parurent sur son linge. Une doctoresse de Moscou pensa à une grossesse d'environ 3 mois à 3 mois 1/2. Au commencement de novembre, Mme X... revint en France ; au début du voyage, elle versa avec sa voiture dans une rivière ; pas de suites fâcheuses apparentes, la malade continue son voyage A Berlin, elle éprouve quelques douleurs et perdit un peu de sang ; arrivée à Paris les douleurs étaient plus fortes, l'écoulement sanguin plus abondant. Elle se mit au lit et fit venir une sage-femme qui déclara qu'elle était en train de faire une fausse-couche et prescrivit des injections chaudes. Etat stationnaire provoquant la consultation de Mme Katcheff

qui constate, le 17 novembre que le fond de l'utérus débordait de 3 travers de doigt le bord supérieur de la symphyse ; cet organe n'était pas douloureux à la pression. Au toucher, le col, situé en arrière, avait conservé toute sa longueur, mais il était entr'ouvert et laissait faiblement pénétrer le bout du doigt. A l'examen combiné, le corps avait le volume d'un utérus gravide de 4 mois environ.

La malade affirmait qu'elle sentait remuer depuis 2 mois, mais à l'auscultation on n'entendit ni souffle utérin, ni bruit du cœur fœtal. Rien du côté des seins, ni gonflements, ni picotements-

Mme Katcheff, pensant à une grossesse, fit suspendre les injections chaudes et ordonna le repos au lit avec lavements laudanisés, afin d'arrêter les menaces de fausse couche. Le lendemain, l'écoulement sanguin s'était arrêté, le col paraissait ferme :

Le 28 mai 1892, la malade est examinée par M. Budin qui, d'après les caractères constatés, pense à une grossesse, arrêtée dans son développement, avec un fœtus mort. Cependant, voyant la malade pour la première fois, il dut faire quelques réserves, mais après deux nouveaux examens ultérieurs, son opinion se confirma. Le 8 juin, plus de 11 mois après la disparition des règles, M. Budin décide Mme X... à entrer à la Charité afin de provoquer chez elle l'expulsion de l'œuf. Elle y est admise le 13, on lui administre un léger lavement ; on fait également deux injections vaginales au sublimé.

Le 14, on essaie d'introduire une grosse sonde en gomme dans la cavité utérine ; on rencontre quelque résistance, et craignant de rompre les membranes on n'insiste pas et on décide de recourir le lendemain au moyen conseillé par Hubert de Louvain. Une vessie animale, distendue progressivement par de l'eau, est maintenue au fond du vagin par un pessaire à air qui la soutient en prenant point d'appui sur le plancher pelvien. L'appareil est mis en place à 10 h. 30 du matin ; il détermine l'apparition de douleurs assez vives et on fait une injection sous-cutanée de morphine. A 3 heures, la malade a une période d'agitation très accentuée, puis elle tombe en extase, puis en léthargie. On enlève l'appareil. Au toucher, on constate que le col n'a plus que 1 cent. 50 de longueur ; il admet très aisément le bout du doigt qui, cependant, ne peut pénétrer à travers l'orifice interne. On fait une injection vaginale au sublimé. Les contractions utérines

continuent. des accidents nerveux, très accentués, reparaissent. A 10 heures du soir, très forte agitation. P. : 120. T. : 39°6.

A 11 h. 30, nouvelle injection de morphine pour calmer l'excitation de la malade ; les douleurs utérines deviennent plus fortes et un liquide noirâtre s'écoule par la vulve.

A 4 h. du matin, en faisant une injection vaginale, on voit sortir une certaine quantité de caillots anciens, formant comme une bouillie gris-noirâtre. Au toucher le col est complètement effacé et une masse molle fait saillie à travers l'orifice utérine. A 6 h., une grosse masse charnue est expulsée. La sage-femme retire de la matrice des caillots analogues aux précédents ; injection intra-utérine, toilette des organes génitaux externes. La malade a un frisson, mais bientôt le calme reparait, elle transpire abondamment et s'endort. A 10 h. du matin T. 38°,2 La malade ne souffre plus,

Elles n'eut pendant ses suites de couches aucun phénomène de montée laiteuse ; elle ne perdit que peu de sang pendant plusieurs jours et dès le 22 juin, tout écoulement avait cessé ! Elle sortit de l'hôpital complètement guérie.

Examen résumé. — La masse expulsée a environ 9 cent. de long sur 6 de large et pèse 300 gr. Elle a une apparence charnue, d'un gris rosé et a été expulsée en bloc de la cavité utérine. Extérieurement elle est constituée par des caillots fibrineux anciens (de là leur coloration gris-rosé) ayant entre eux beaucoup de cohésions qui recouvrent les 2/3 de la masse totale. Si on ouvre la membrane presque lisse qui n'est plus recouverte par les caillots, on pénètre dans la cavité de l'œuf. On n'y trouve ni liquide, ni embryon, ni cordon ; pas de trace d'insertion du cordon sur le disque aplati qui forme le placenta. Petit granité adhérent à la face interne de la membrane, disséminé, reconnu pour des petites masses de fibrine.

Il existe, faisant saillie dans la cavité, 13 tumeurs du volume d'un œuf de pigeon ou d'une noix, de couleur violacée, adhérentes à la paroi membraneuse par un pédicule plus ou moins large. Leur contenu semble, au premier abord, constitué par du sang légèrement altéré. L'examen histologique, par M. Chavanne, établit que l'enveloppe était formée par l'amnios et confirma que le contenu était du sang contracté, coagulé.

M. Budin, pense qu'il avait dû y avoir des hémorrhagies internes successives, ayant amené la mort de l'embryon et

celui-ci avec l'amnios, le liquide amniotique s'étaient résorbés. De nombreuses hémorrhagies se produisant, le sang avait probablement traversé le chorion qui s'était laissé distendre par place et avait refoulé devant lui l'amnios, devenu pour ainsi dire trop long.

On ne peut faire *à priori* le diagnostic d'œuf clair, tout ce que l'on peut dire c'est qu'il y a arrêt de développement de l'œuf.

Le diagnostic d'arrêt de développement de l'œuf, d'œuf clair, peut avoir une grande importance à être fait. Rossier écrit : « Au point de vue médico-légal, un « missed abortion » doit inviter à une grande prudence, les conséquences d'une erreur de diagnostic pouvant être très graves, par exemple, lorsqu'il survient chez une femme dont le mari est absent depuis plusieurs mois. Aussi le médecin devra, pour faire un diagnostic certain, observer et examiner la patiente à diverses reprises, afin de pouvoir comparer les résultats de ses examens faits à différents moments. La diminution de la cyanose de la vulve et du vagin, la régression du col et de l'utérus sont autant de facteurs importants pour le médecin qui a l'occasion de faire deux ou trois examens comparatifs. Le manque de concordance entre l'appréciation de la grossesse, par le calcul et la dimension de l'utérus, n'est pas une preuve certaine de missed abortion, car la grossesse peut survenir dans une période d'aménorrhée telle que la lactation ».

Et d'ailleurs connaît-on le volume normal de l'utérus de la femme que l'on examine ? Nous résumerons tous les principaux signes d'œuf clair, par les considérations suivantes du docteur Lewers. « Il est regrettable, dit-il, que les gynécologues ne se soient pas assez occupés des cas, nullement rares, de missed abortion ; cependant

il est facile de les reconnaître, si l'on y pense et si l'on a acquis de l'habileté dans l'application de la méthode bi-manuelle pour apprécier le volume de l'utérus : C'est d'abord un intervalle d'aménorrhée, suivi d'autres symptômes d'une grossesse peu avancée ; puis c'est en général une hémorrhagie qui révèle quelque chose d'extraordinaire. Cette hémorrhagie est légère et intermittente au début, les intervalles étant de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois ; ou bien c'est un écoulement sanguin permanent. C'est ordinairement pour cette hémorrhagie que l'on est appelé, et alors il est important de pouvoir examiner la malade plusieurs fois, à intervalles éloignés, afin de comparer le volume de l'utérus. Si l'on doit se borner à un seul examen, il faudra comparer le volume réel avec celui qu'il devrait avoir dans une grossesse normale ».

Une fois expulsé, il est tout aussi important de distinguer l'œuf clair de ces produits dont l'aspect et la forme peuvent lui ressembler au premier abord et que certaines femmes, même vierges, expulsent au moment de leurs règles ; nous voulons parler des membranes dysménorrhéiques. Elles sont expulsées comme des œufs clairs, après des douleurs vives et des pertes de sang plus considérables qu'à une époque ordinaire, elles n'ont pas trace d'embryon dans leur intérieur. Mais le produit dysménorrhéique « est creux, sa couleur est d'un rose tendre et uniforme, sa consistance molle, et surtout, son parenchyme ne renferme ni vaisseaux sanguins, ni filaments blancs provenant des villosités choriales atrophiées, ni vaisseaux utérins disposés en spirale, ce qui les différencie nettement du produit membraneux qui récite un œuf fécondé », (Martin Saint-Ange)

même quand cet œuf serait comme celui de l'observation suivante :

OBSERVATION XXXVIII

(Clinique de MATTEI, T. II, p. 320).

Mme G..., 32 ans, tempérament lymphatico nerveux, taille petite (1^m.34), mais bien proportionnée, squelette sans déformation rachitique.

A marché de bonne heure ; fièvre typhoïde à 28 ans, puis rougeole,

Bassin vicié surtout par étroitesse absolue : diamètre antéro-postérieur 7 cent. 1/2.

1^{re} grossesse. Accouchement artificiel, 2 jumeaux morts.

2^e grossesse. Pénible, obligeant la femme à garder le lit pendant la dernière moitié de la grossesse.

3^e grossesse. D. R. du 8 au 12 août 1861. Le 20 septembre, quelques gouttes de sang et apparition des malaises des grossesses précédentes.

Mme G..., consulte le docteur Péreau qui lui conseille le repos et l'usage de quelques émollients. Malgré cela les malaises persistent, le suintement roussâtre revient parfois.

L'examen, au toucher et au spéculum, permet de trouver le fond de l'utérus tellement abaissé qu'il est couché sur le plancher, le col, très élevé contre le pubis, ne peut-être découvert par l'instrument. Le toucher rectal confirme cet examen.

L'utérus est plus gros qu'à l'état normal et en rétroversion. Cependant cette femme n'éprouve pas les symptômes de l'utérus gravide rétroversé !

On pense à une grossesse, on recommande à malade de la rester dans la position horizontale, celle du reste qu'elle supporte le mieux.

En novembre, le ventre ne semble pas prendre de développement et l'utérus n'est pas senti au-dessus du pubis.

Le 29 novembre, sans autre cause que la congestion cataméniale, les malaises du bas-ventre augmentent, la malade croit sentir remuer son enfant. Le 30, perte de sang.

Le 1^{er} décembre, à 7 h. 30 du matin, M. Mattei examine la malade et trouve : De la pâleur du visage dénonçant l'hé-

morrhagie que confirment l'existence de caillots remplissant le vagin. Le palper a besoin d'aller dans le petit bassin pour sentir qu'une tumeur remplit cette cavité. Le toucher, vaginal confirme le diagnostic de, utérus gros et rétroverse.

Le fond de la matrice, douloureux à la pression, est situé en arrière et en bas : le col dur et déchiqueté, est en haut accolé contre l'arcade pubienne. On peut suivre la matrice de haut en bas sur une étendue de 6 centimètres. Quand on essaie de soulever la tumeur, on produit de la douleur et on ne peut pas, la tumeur est immobilisée,

Le rétrécissement du détroit supérieur explique facilement ce qui se produit. M. Mattei rattache la menace de l'avortement à l'enclavement de l'organe gestateur. Il faut réduire cette rétroversion. On fait dégorger l'utérus en promenant des sinapismes sur les bras et le dos, la malade étant couché sur un plan déclive, on lui donne xv gouttes de perchlorure de fer dans 100 grammes de véhicule. Tout ceci est exécuté à 8 heures.

A 9 heures, on a la surprise de trouver un utérus relevé au-dessus du détroit supérieur, s'élevant à trois doigts. La réduction s'était faite spontanément. Compresses d'eau froide sur la vulve pour arrêter l'hémorrhagie,

A midi 30, la perte continue, le col est assez entr'ouvert pour laisser passer une partie de l'œuf. La fausse couche est inévitable. On donne 2 gr. de seigle ergoté et on se dispose à pratiquer le tamponnement lorsque la malade, prise de vomissements et d'efforts, joints aux contractions utérines qui font avancer l'œuf, l'expulse à 4 heures. L'hémorrhagie s'arrête.

Examen de l'œuf. — Volume d'un œuf de dinde, sa surface externe est tomenteuse, élastique, membraneuse sur quelques points, tout à fait charnue sur d'autres. Ces derniers, qui occupent les trois quarts de la surface, semblent formés par le placenta aminci. La partie membraneuse de cet œuf offre une ouverture qui communique avec son intérieur.

La cavité dans laquelle nous tombons, offre un aspect lisse, comme s'il s'agissait de la cavité amniotique, mais on n'y trouve ni traces d'embryon, ni traces de cordon pour le cas où cet embryon aurait été expulsé déjà. Tout ce que l'on voit à cette surface interne de l'œuf, ce sont des vaisseaux gorgés de sang noir, qui se sont formés dans l'épaisseur même des enveloppes de l'œuf. Un de ces foyers est gros comme

une noix et fait saillie à la surface interne, nous le divisons avec les plus grands ménagements, le soumettons à un filet d'eau et les caillots dont il est composé se désagrègent sans qu'il nous soit possible de trouver aucune trace, ni de l'embryon, ni de ses annexes.

La partie de l'œuf paraissant représenter le placenta, offre une texture dense qui rappelle la caduque épaissie et non le placenta lui-même. Voilà donc une grossesse de 3 mois où l'œuf n'est pas développé en proportion du temps.

On pourrait alléguer ici que l'embryon a été expulsé par l'ouverture sus-indiquée, mais en vain nous avons recherché les restes tels que le cordon, la vésicule ombilicale, l'amnios ni même le chorion ou le placenta. La partie la plus épaisse comme la plus mince de l'enveloppe n'a offert que la texture de la caduque, et les vaisseaux, ainsi que les foyers hémorrhagiques, étaient en rapport avec l'épaississement de cette membrane.

Après l'expulsion : cessation de douleurs, de l'hémorrhagie. L'examen au toucher et au palper donne un utérus redevenu petit, rétracté, mais redescendu dans l'excavation et rétroversé de nouveau.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Il est généralement très favorable pour la mère. La seule complication à redouter est l'hémorrhagie, mais elle est rarement assez abondante, ou assez prolongée, pour devenir inquiétante.

Les phénomènes septiques ne sont pas à redouter dans les cas de rétention d'œuf clair, et si nous avons trouvé de la fétidité du produit (obs. 21) et de l'écoulement (obs. 43); dans le cas de l'observation (21), l'œuf a dû séjourner assez longtemps dans le vagin pour acquérir cette fétidité. Dans l'observation 43, nous pensons que l'œuf en partie détaché, était resté longtemps en communication avec l'extérieur, par l'intermédiaire du canal cervical dilaté, un temps suffisant pour s'altérer.

Un point de pratique important consiste à renseigner la femme sur le sort des grossesses ultérieures. Nous croyons que l'on peut laisser espérer une grossesse heureuse, mais il est indispensable de rechercher la cause qui a dû provoquer la formation de l'œuf clair, et de la combattre énergiquement. En même temps, on recommandera à la femme « de suivre une bonne hygiène générale et de veiller à ce que chaque époque menstruelle s'effectue au milieu d'un repos absolu de corps et d'esprit. L'infraction à cette règle générale produit la congestion et la stase du sang dans tout l'ap-

pareil génital, c'est de là que proviennent en grande partie les affections organiques si diverses et si répandues des organes reproducteurs » (Martin-saint-Ange).

Les trois observations qui suivent viennent à l'appui de notre hypothèse.

OBSERVATION XXXIX

(Mauriceau. OBS. CDLXXXV.)

Le 30 mai 1687, je vis une femme qui, ayant soupçon d'être grosse de deux mois et demy, voida en ma présence un faux germe de la grosseur d'un œuf de pigeon, avec une médiocre perte de sang, ainsi qu'il lui estait déjà arrivé une autre fois, il y avait environ six mois : ayant ouvert ce dernier faux germe, je trouvay dans son milieu un petit globe de matière blanche de la grosseur d'un grain de chénevy que je conjecturay estre la matière qui aurait deu former le corps du fœtus, si l'esprit de vie n'en eust pas esté dissipé dès les premiers jours de la conception, comme il arrive dans tous les prétendus faux germes qui ne sont proprement que des petits arrièrè faix, au milieu desquels on remarque presque toujours, si l'on prend bien garde, semblables petits globes de matières blanches. Le mari et la femme se désespéraient. Elle devint ensuite grosse d'un enfant qu'elle accoucha à terme vivant, *après avoir suivi mes conseils.*

OBSERVATION XL

BROCA. *Bull. soc. anat.* Paris, 1855, p. 579.

Une jeune dame, mariée à 16 ans, en 1843 accoucha en 1844 d'un enfant à terme, bien conformé, qui jouit d'une excellente santé.

Quelques mois après sa couche, elle se sentit enceinte de nouveau ; ses règles manquèrent deux fois et ses seins se développèrent. Un jour, *sans cause connue*, elle éprouva une

perte abondante qui la contraignit de se mettre au lit, et bientôt elle rendit une grosse masse rouge qu'on prit d'abord pour un placenta, mais comme on n'y trouva aucun vestige de cordon, ni de fœtus, on se laissa aller à penser que c'était sans doute un caillot.

Il ne survint aucun incident. La jeune femme se leva le surlendemain. A partir de cette époque, elle éprouva, deux ou trois fois par an, des phénomènes exactement semblables aux précédents. C'étaient toujours des signes de grossesse commençante, puis vers le deuxième ou troisième mois, sans cause connue, il se produisait une perte suivie de l'expulsion d'une masse rouge, que les uns prenaient pour un caillot, les autres pour un placenta.

Cela dura jusqu'au mois de septembre 1848, époque où on m'appela pour donner des soins à cette jeune dame qui venait d'expulser une masse rouge, analogue aux précédentes. Cette masse avait été recueillie avec le plus grand soin, avec tous les petits caillots qui avaient été rendus en même temps, afin de me tout montrer, jusqu'aux linges sur lesquels l'hémorrhagie avait eu lieu.

Il me fut facile de reconnaître, dès le premier coup d'œil, que la masse principale était un véritable placenta ; outre les caractères physiques, un faible grossissement du microscope me révéla les villosités parfaitement caractéristiques. C'est donc une fausse couche. Il ne s'agissait plus pour convaincre la famille, que de trouver l'embryon, ou du moins le cordon ombilical. Mais je n'y pus réussir. Je cherchai parmi les caillots, j'examinai le linge, tout fut inutile. Il devint évident pour moi que l'avortement avait été consécutif à la mort et à la dissolution de l'embryon.

Cet avortement du reste a été le dernier. Le mari de cette dame a consenti à renoncer à ses droits pendant quelques années. A la fin de 1851, il y a eu une nouvelle grossesse, et cette fois l'enfant, parfaitement constitué, est venu à terme.

OBSERVATION XLII

(HEGAR. *Monatsschrift für Geburtsk.*, 1863, sup. p. 41).

Femme F..., 40 ans, bien portante, robuste, a eu 7 couches à terme, et a avorté soi-disant 2 fois en 4 mois. La dernière fois en juin 1859.

Depuis, les règles reviennent régulièrement toutes les 3 semaines comme avant.

Le 8 janvier 1860, F..., éprouva des douleurs dans les reins et l'abdomen avec quelques pertes de sang. Les règles avaient manqué une fois et devaient reparaitre pour la deuxième fois au temps indiqué. Le 11, pertes de sang abondantes avec douleurs très vives. L'utérus s'élève à quelques travers de doigt au-dessus de la symphyse et se sent dur. Le col est entr'ouvert de la dimension d'un *six*. Comme l'hémorrhagie se continue malgré la position tranquille, l'application d'acides, de compresses froides, de la teinture d'opium, on fit un tamponnement. De grandes douleurs commencent. On enlève le tampon 8 heures après ; et l'œuf est facilement ôté du canal de l'utérus, largement ouvert.

Après sa sortie, on observa un léger écoulement sanguin pendant plusieurs jours, plus tard, il ressembla à de l'eau de chair. L'utérus put encore être senti longtemps au-dessus de la symphyse. Survint alors un catarrhe de l'estomac qui dura 4 semaines.

Suit la description détaillée de l'œuf. Bornons-nous à relever la présence de caillots sanguins entre la caduque réfléchie et le chorion. La cavité est formée par l'amnios qui se trouve près du chorion et ne contient rien qu'un liquide séreux,

Après que les règles eurent reparu, elles devinrent régulières quoiqu'un peu plus abondantes. Elles manquèrent en juillet, 15 jours après, il y eut un léger écoulement de sang. Le 23 septembre, forte hémorrhagie et expulsion d'un œuf de même grosseur et de même aspect que le premier, mais on ne découvrit que quelques parcelles de la caduque vraie. Pendant les 8 jours suivants, quelques parties de cette membrane se détachent avec des gouttelettes de sang. L'involution de l'utérus fut très lente ; on le sentait encore très bien au-dessus de la symphyse, quatre semaines après. De très violentes douleurs gastriques surviennent. La menstruation qui suivit fut très abondante.

Au 28 janvier 1861, retard de 9 semaines, suivi des mêmes faits que précédemment, ainsi qu'au commencement de juin.

Au mois de juillet on fit un examen minutieux et on trouva le corps de l'utérus volumineux, les lèvres du col hypertro-

phiées et des excoriations superficielles à l'orifice, fleurs blanches du vagin et de l'utérus. Les règles toujours très abondantes.

La malade prit des bains froids dans le Rhin pendant longtemps ce qui lui fit grand bien. Les fleurs blanches disparurent, les règles devinrent normales et depuis le mois de janvier 1862, elles sont régulières. Au commencement de mars léger écoulement sanguin.

Une nouvelle grossesse survenue depuis ne fut pas interrompue,

Nous remarquerons ici la coïncidence des avortements avec l'époque présumée de la 2^e menstruation absente.

Enfin si nous rapprochons de ces observations, celle de Lambinon (obs. 22), dans laquelle un curettage après 5 fausses couches successives, rendit possible 2 grossesses à terme, nous verrons que si une femme peut avoir plusieurs conceptions d'œufs clairs, on peut cependant remédier à cette habitude morbide de l'utérus, combattre cette prédisposition.

CHAPITRE IX

Traitement.

Pour la conduite à tenir.

Nous distinguerons deux cas, suivant que la femme a ou n'a pas un début de travail.

1° *Il n'y a pas début de travail* : Nous suivrons les conseils que donne M. le professeur Pinard pour la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, c'est-à-dire que nous nous abstiendrons de toute intervention. On se contentera de prescrire des injections vaginales, 2 ou 3 fois par jour, afin de rendre le vagin antiseptique. La femme pourra continuer de vaquer à ses occupations ; elle ne sera soumise à aucun régime particulier.

Pour les injections, M. Pinard ne conseille pas l'emploi des sels de mercure, à cause des accidents qui pourraient se produire si la rétention était longue, on ne devra les employer qu'un jour seulement et encore faudrait-il les proscrire complètement si la femme était albuminurique. On recommandera de se servir des solutions suivantes :

Naphtol	0, gr. 50
Eau chaude	2 litres.

ou

Acide phénique	20 gr.
Essence de thym	xx gttes
Alcool	40 gr.
Eau	2 litres

2° S'il y a un début de travail. Il faudra redoubler de précautions antiseptiques, ne pas trop toucher la femme, et hâter l'expulsion par des irrigations chaudes.

Si le travail marche régulièrement, une injection toutes les heures suffira.

En résumé tout se borne à : expectation, patience et antisepsie vaginale.

Dans la grande majorité des cas, il n'y aura pas d'autre traitement à prescrire. Mais, il arrive que par suite d'une complication, une hémorrhagie, presque toujours, abondante ou de longue durée, la question d'intervention se pose, doit-on intervenir ?

MM. Budin, Maygrier, Charpentier, confiants dans la sécurité que donne l'antisepsie, n'hésitent pas à se prononcer pour l'affirmative ? (Soc. obst. et gynec. de Paris, 9 nov. 1893). D'autres (Mat. Duncan, Lewers, Chonigroff), attendent que l'urgence en soit bien démontrée. (Obs. 32, obs. 44).

Les procédés d'intervention varient un peu, suivant les accoucheurs. Nous avons vu M. Budin appliquer le procédé de Hubert de Louvain, obs. 36.

Dans un cas d'hémorrhagie, M. Varnier intervient de la façon suivante :

OBSERVATION XLII

(Clinique BAUDELLOCQUE, oct. 95. Obs. 1660).

Mme R..., 23 ans, peintre en miniature, entre à la Clinique le 18 octobre 1895, à 8 heures du soir.

Mère bronchitique ; elle-même a eu plusieurs bronchites ; pneumonie à 8 mois ; phlébite de la jambe gauche à 14 ans.

Réglée à 12 ans, très régulièrement tous les 26 jours, IV pare. Les trois premières grossesses se sont terminées

par des avortements : 6 semaines et 2 mois. Même père pour toutes.

D. R. 14-17 juillet.

Le 13 octobre à 1 heure du matin, apparition des premières douleurs ; à 3 heures, début de l'hémorrhagie, abondante, se continuant jusque vers 10 heures du matin et provoquant une syncope prolongée. Revenue à elle, la malade ne perd plus, ni ne souffre plus. Température normale.

Dans la nuit du 14 au 15 octobre : frissons.

Le 15, au matin, T. 38°6 ; céphalalgie intense continuant toute la journée, délire. La femme est transportée à la Clinique T. 39°, elle y entre 8 heures du soir.

A 8 h. 30 du soir ; introduction d'un ballon Champetier, petit modèle, gonflé avec 40 gr. de liquide. Pas de contractions. A 10 h. 30, M. Varnier injecte un peu plus de liquide ; quelques contractions, mais elles cessent vers 3 heures du matin. A ce moment, douleurs très légères pendant une heure environ, puis elles cessent et se reproduisent vers 5 heures pour durer jusqu'à 6 heures.

Ce même jour, 16 octobre, à 7 h. 30 du matin, on réintroduit un peu de liquide ; les contractions se réveillent, elles sont un peu plus fortes, mais assez rares et continuent ainsi jusqu'à 10 h. 30. A 10 h. 30 M. Varnier extrait le ballon très facilement, et trouve un orifice assez dilaté pour introduire les doigts et extraire l'œuf qui est décollé. Après l'extraction, curettage, on retire encore quelques débris. Œuf clair. Injection intra-utérine. Tamponnement intra-utérin avec de la gaze au salol 17 oct. T. m. 37. s. 38°4.

Les jours suivants, température normale.

OBSERVATION XLIII

ROSSIER *Revue méd. de la Suisse Romande* 1897 p. 197.

M^{me} R, 20 ans, mariée depuis quelques mois. D. R. 28 juillet 1896.

En septembre, au moment habituel des époques, elle est prise, après une marche fatigante, de pertes de sang légères, sans douleurs. Elle croit au retard des règles, mais les pertes se continuant au delà du terme habituel, elle consulte

son médecin qui lui ordonne le repos au lit. Vers le 10 octobre, les pertes étant arrêtées, la malade se lève et reprend ses occupations.

Le 20, de nouveau légère perte.

Le 25, violentes douleurs abdominales durant toute la matinée et ne cédant qu'à une dose de laudanum,

Au commencement de novembre, les pertes deviennent légèrement fétides, le sang est noirâtre, très peu abondant.

Appelé en consultation le 11 novembre, je trouve la malade un peu pâle, le pouls tranquille, l'abdomen mou, tout à fait indolore, T. 36°, 5. Le vagin contient un peu de sang noir, très fétide. Injection au lysol 1 0/0. Au toucher, je trouve la portion intra-vaginale du col, longue de 1 cent. entr'ouverte : le doigt pénètre sans trop de peine dans le canal cervical, un peu au-dessus de l'orifice interne où il perçoit un corps assez dur, arrondi, du volume d'une grosse noix ; ce corps adhère seulement au fond de l'utérus. Après une injection intra-utérine de lysol, je le détache avec le doigt, puis, dans la position de Sims, je l'enlève avec une pince.

Nouvelle injection intra-utérine, curettage qui amène des masses épaisses et nauséabondes de membrane caduque. Pour terminer, cautérisation de la cavité utérine avec l'acide phénique à 50 0/0.

Suites normales, sans température. lochies peu abondantes, sans fétidité.

L'œuf enlevé, gros comme une noix, avait à son centre une cavité vide, tapissée par l'amnios. Les membranes étaient pénétrées de sang noirâtre, caille, nauséabond. Dans ce cas l'œuf au complet, moins le fœtus qui s'était dissous, était resté dans l'utérus pendant six semaines.

Une intervention rapide s'imposait, vu la fétidité des pertes qui auraient pu amener une infection grave.

OBSERVATION XLIV

(LEWERS *The Lancet*, London 1892, II. p. 306)

Mme S..., multipare, 41 ans, se présente à la consultation le 15 janvier 1892. Elle perdait du sang presque chaque jour depuis 3 mois. Avant cela elle n'avait « rien vu » pendant 3 mois et se croyait enceinte de ce temps.

A l'examen on trouva un utérus dont le volume correspondait à une grossesse de 3 mois. L'orifice utérin était quelque peu entr'ouvert et du sang s'en échappait. Comme la malade était particulièrement anémique, on proposa une dilatation rapide du canal cervical : la proposition fut acceptée.

Le 17 janvier le cervix fut rapidement dilaté jusqu'au volume du n° 20 (Hegar). Une hémorrhagie abondante se produisit dès que la première bougie fut passée. En introduisant le doigt dans l'utérus on sentit une masse ferme, charnue, attachée au dessus, mais entièrement détachée à sa partie inférieure et, pour ainsi dire, flottant librement dans l'utérus distendu. On la retira partie avec le doigt, partie avec le forceps à polypes. Le saignement fut arrêté en lavant l'utérus à l'eau iodée et en nettoyant l'endométrium avec de la teinture d'iode pure.

La masse retirée avait une forme aplatie, ovoïde. Après section, on trouva qu'elle avait une cavité centrale garnie d'une membrane lisse, mais il n'y avait pas trace de fœtus. La paroi de la cavité était composée d'un tissu ferme semblable au placenta, et d'une épaisseur de 1¼ à 1½ inch (pouce 0m.025). Le rétablissement de la malade fut ininterrompu.

On verra que le 15 janvier, l'utérus aurait dû avoir un volume correspondant à une grossesse de 6 mois, alors qu'il n'avait en réalité que la dimension correspondant à une de 3 mois.

Et le docteur Lewers ajoute : Le traitement dépend de l'abondance et de la persistance de l'hémorrhagie. Si la perte de sang n'est pas considérable, ne pas intervenir. Si au contraire, elle est assez abondante et persistante, comme dans l'observation précédente qu'elle dura 3 mois : dilater le col, de préférence avec les bougies de Hegar, ce qui est généralement facile puisque le col est mou. Cette dilatation rapide est préférable ; car le plus léger trouble du contenu de l'utérus détermine souvent une hémorrhagie très abondante, ainsi que l'a constaté Mathews Duncan, dans le cas rapporté à sa conférence : « Dès l'introduction de la « tent » l'hémorrhagie commença subitement et prit des proportions inquiétantes, deux pintes (114 centil.) étant la quantité estimée comme perdue dans l'espace d'un quart d'heure. »

On vide l'utérus, on nettoie l'endométrium avec de la teinture d'iode pure, et ensuite on lave l'utérus avec une douche

bien chaude d'eau iodée un ou deux drachmes 4 gr. 36) de teinture d'iode pour une pinte (0 lit. 574). Ordonner les douches vaginales d'eau iodée pendant une semaine, et, j'ai l'habitude de prescrire quelques préparations d'ergot à prendre pendant deux semaines.

La ligne de conduite adoptée par le docteur Lewers, élève de Mat. Duncan, est bien celle recommandée par le professeur, M. Pinard : abstention, la femme continue ses occupations, soins antiseptiques vaginaux.

En cas de complication, et c'est généralement une hémorrhagie, redoubler de précautions antiseptiques intra et même extra-vaginales, si l'on intervient on peut suivre le procédé employé par M. Varnier, ou bien dilater rapidement le col avec des bougies, extraire l'œuf en entier avec le doigt (curage de M. Pinard), injection intra-utérine au permanganate de chaux ou de potasse au 1/4000°.

Si avec le doigt on ne peut arriver à tout extraire et si l'on est amené à pratiquer un curettage, il faut toucher ensuite la paroi utérine avec de la teinture d'iode, injection intra-utérine au permanganate. On bourre le vagin avec de la gaze stérilisée, ou à défaut avec de la gaze salolée ou même iodoformée. On a eu soin de placer une petite mèche dans la cavité utérine.

Il arrive quelquefois que l'œuf incomplètement détaché ou retenu dans le canal cervical, proémine dans le vagin. Il ne faut pas avoir recours aux pinces à faux germes, il est préférable d'introduire deux doigts dans le vagin, de les glisser entre cet œuf et les parois du col, de chercher à réveiller les contractions utérines tout en s'efforçant de saisir la partie qui se présente entre les doigts. Ne pas tirer dessus.

Il faut toujours s'assurer si l'œuf est expulsé en totalité.

Injectons intra-utérine et vaginale après.

CONCLUSIONS

La femme peut expulser un œuf clair, résultat d'une grossesse interrompue, dans les deux ou trois premiers mois, par la mort de l'embryon et sa dissolution.

2° Dans ces cas, l'embryon a été formé. Sa résorption exige un certain laps de temps entre la mort et l'expulsion de l'œuf.

Cette expulsion de l'œuf a lieu fréquemment dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse ; elle ne se prolonge pas au delà du terme de la grossesse,

3°. Des hémorrhagies, d'origine maternelle, observées entre le chorion et les caduques de la plupart des œufs clairs semblent avoir causé la mort de l'embryon.

4° Le processus résultant de la mort de l'embryon est une dégénérescence graisseuse, et de l'embryon qui s'émulsionne dans le liquide amniotique, et des membranes de l'œuf.

5° On observe l'expulsion d'œuf clair par les primipares, mais plus fréquemment par les multipares ; assez souvent à l'approche de la ménopause.

6° Le diagnostic d'œuf clair se confond avec celui d'œuf arrêté dans son développement.

Les signes observés sont : absence des règles ; cessation des phénomènes sympathiques de la grossesse ; défaut de parallélisme entre le volume de l'utérus et celui qu'il devrait avoir pour l'époque présumée de la

grossesse. Souvent des hémorrhagies peu abondantes, mais répétées.

7° L'arrêt de développement de l'utérus, et quelquefois sa régression, devient certain surtout après plusieurs examens de la malade.

8° Une femme peut expulser plusieurs œufs clairs sans perdre l'espoir de mener à bien des grossesses ultérieures.

9° Comme traitement : abstention, patience, antisepsie vaginale. N'intervenir qu'en présence d'une complication qui est généralement l'hémorrhagie.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL,

Vu le président de la thèse :

PINARD, /

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auvard.** Traité pratique des accouch. 1891.
- Barnes.** Traité d'obstétrique, trad. par le Dr Cordes, 1886, p. 302.
- Bischoff.** Traité du développ. de l'Homme et des Mammifères, pp. 149, 149.
- Boissard.** *Semaine médicale*, 1897, p. 337.
- Bourgeois (Louise).** Observations sur la stérilité, etc. Paris, 1608.
- Budin.** *Bull. et mém. de la soc. obst. et gynéc.* 1892, p. 224.
- Broca.** *Bull. soc. anat. de Paris*, 1848, p. 51; 1855, p. 379.
- Cazeaux et Tarnier.** Traité d'accouchements, 1870, p. 560.
- Chaleix.** *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1896, p. 93.
- Charles.** *Journal d'accouch.* Liège, 1893, p. 249; 1897, p. 200.
- Charrier.** *Bull. soc. anat. Paris*, 1857, p. 366.
- Chohnogoroff,** Два слух « missed abortion » Вracht Saint-Pétersb. 1891, p. 614.
- Cousin.** *Bull. soc. anat. Paris*, 1842, p. 109.
- Denman.** Introd. à la pratique des accouch. 1802.
- Depaul.** *Bull. soc. anat. Paris*, 1847, p. 91.
- Désormeaux et Dubois.** *Dict. de médecine*, 1840. Art. Œuf humain.
- Dufour.** *Bull. soc. anatomique.* 1857, p. 210; 1860, p. 8.
- Dugès.** Manuel d'obstétrique. Montpellier, 1840.
- Dos Santos.** Clinique obstétricale. 1886.
- Foville.** *Bulletin Soc. anat.*, 1855, p. 373.
- Galbiati.** *Gazette médicale de Paris*, p. 504.
- Gueniot.** *Bull. Soc. anat.*, 1861.
- Hegar.** Beiträge auf Pathologie des Eeies and zum abort in den ersten Schwangerschafts. Monatsschrift für Geburtstskünde, 1863. Supp.
- Jacquemier.** *Diction. encycl. des S. méd. art. avortement.*
— Manuel d'accouchements, 1846.

- Kelbs.** Abortiv Ei Monats. f. Geburtsk. 1866, p. 401.
- Kœberlé.** *Gaz. méd. de Strabourg*, 1858, p. 51.
- Lambinon.** *Journal d'accouch.* Liège, 1896. p. 239.
- Lancry.** *J. des Sc. médic. de Lille*. 1889. p. 224.
- Lefour et Coyne.** *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, p. 79.
- Lempereur.** Thèse 1867.
- Lewers.** *The Lancet*. London, 1892. p. 306.
- Lusk.** Art des accouch. trad. Doléris, pp. 351, 485.
- Martin.** Mémoire de médecine et de chir. pratique, 1835.
- Martin-Saint-Ange.** Iconographie pathologique de l'œuf fécondé, 1884.
- Mattei.** Cliniques obstétricales, 1862.
- Mauriceau.** Observ. sur la gross. et l'accouch. des femmes. Paris 1694, p. 402.
- Mauriceau.** Traité des maladies des femmes grosses, 1740, p. 110.
- Millot.** De l'obstétrique en Italie, 1882 p. 138.
- Mondières.** *Bull. soc. anat.* 1851, p. 189.
- Müller.** Handburch des Geburtchulfe. Stuttgart, 1889, p. 30.
- Nægelé et Gaenier.** Traité des accouch, trad. Aubenas 1880.
- Perroud.** *Gaz. méd. de Lyon* 1864, p. 412.
- Pinard.** *Dict. encycl. des sc. méd. art. fœtus.*
- Pinard.** *Revue pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, déc. 1889, janv. 1890.
- Puzos.** Traité des accouchements, 1759, p. 197.
- Ribemont-Dessaignes et Lepage.** Traité d'obstétrique, 1896.
- Rossier.** *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1897, p. 109.
- Schröder.** *Lerbuch der Geburtshülfe*, 1886, p. 468.
- Tarnier et Chantreuil.** De l'art des accouch. 1888.
- Zinowieff.** *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887, p. 244.
- Zweifell.** *Lerbuch der Geburtshülfe*, 1887, pp. 266, 468.

